Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

Белорусская Советская Социалистическая Республика.

Февраль—май 1925 г. т. I №№ 6—9. II-й год издания.

Белорусская
Медицинская Мысль

журнал, посвященный вопросам социальной гигиены, биологии, клинической и экспериментальной медицины.

под редакцией
Е. Ю. ЗЕЛИКСОНА
и М. Б. КРОЛЯ

Издание Н. К. З. Белоруссии
МИНСК—1925

1000 экз.

типлит БГП № 3637.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Рабочая молодежь Белоруссии.

(Результаты медико-санитарного обследования в 1924 г.).

С. Р. Дихтяр и Д. Л. Эйнгорн.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Имеется основное различие в отношении к рабочей молодежи в буржуазных странах и в Советском союзе. Для капиталистов подрастающее поколение рабочих является самым удобным об'ектом эксплоатации и неисчерпаемым резервуаром живой трудовой силы для замены беспощадно выбрасываемых из производства взрослых рабочих, быстро изнашивающихся в условиях капиталистической фабрики. В нашей стране подрастающее поколение само по себе представляет об'ект особой заботы Советского Государства. И с точки зрения будущего нашего экономического развития судьба рабочей молодежи должна нас глубоко интересовать. Вот почему совершенно своевременно сейчас подымаются, изучаются и разрешаются вопросы, касающиеся условий труда, быта, обучения рабочих подростков. В частности в нашей работе сделана попытка дать общую характеристику внешних условий, среди которых живет и работает пролетарская молодежь Белоруссии, и обрисовать ее физическое состояние, которое зависит от этих условий.

Работа эта—коллективная. Первичный материал собирался работниками Здравоохранения и комсомольскими организациями на местах; сводки и основные таблицы сделаны членами ЛКСМ (Швейдель, Виноградовой, Сацункевич, Груша), с товарищем Канер во главе под руководством т. т. Дихтяр и Эйнгорн. Окончательная обработка материала произведена последними.

Оценка основного материала и темы разработки.

Необходимо подвергнуть некоторой критике материал, который лег в основу данной работы. В общем все отрицательные стороны, отмеченные Куркиным [1]) в отношении аналогичных московских материалов, вполне применимы и к нашим. И у нас программа обследования оказалась слишком широкой, и у нас отмечается ряд пробелов, несколько поверхностный характер произведенного обследования; но наш материал страдает еще одним коренным, так сказать, органическим дефектом: благодаря досадному упущению анкеты не дают ответа на вопрос о возрасте обследованных. Обследованию подверглась молодежь до 20-ти летнего возраста.

Нами подвергнуты обработке лишь те вопросы и материал дифференцирован по тем признакам, для об'ективного освещения которых данные обследования нам казались достаточными и которые поддаются статистической сводке. Вот почему из всей анкеты, по которой производилось обследование, нами обработаны лишь следующие вопросы: количество

---

[1]) Куркин.—Московская рабочая молодежь. 1924 год.

рабочей молодежи и распределение по уездам и профессиям; национальный и половой состав рабочей молодежи; жилищные условия рабочей молодежи; грамотность; внерабочее время; рабочая неделя и место работы; продолжительность пребывания на работе и возраст поступления; телосложение и питание рабочей молодежи; заболеваемость и назначение врача. Таким образом, мы придаем работе значение преимущественно с точки зрения социальных условий жизни рабочей молодежи. Несомненно, что результаты этого изучения вполне характеризуют действительное положение вещей и дают право сделать определенные выводы.

Нами изучено также, в какой мере общие выводы характерны для отдельных профессий, для чего материал дифференцирован и по этому признаку. Но мы остановились только на тех из производств, в которых занято более или менее значительное число подростков (не менее 300), т. е. которые могут дать обоснованные выводы. Исключение составляют: пищевое производство—так как оно является сейчас об'ектом изучения Комиссии по борьбе с профвредностями в Белорусском масштабе, и стекольно-фарфоровое производство—по двум причинам: во-первых, это производство довольно типично для Белоруссии, во-вторых, как указывает Зайцев, [1]) в нем очень значительно участие подростков, достигая 30,7 проц. всех рабочих.

Количество рабочей молодежи. Распределение по уездам и профессиям.

Нами разработано всего 3911 анкет. По данным статистики ЦСПСБ [2]), к апрелю 1924 года, т. е. к году обследования по укрупненной Белоруссии насчитывалось 4152 подростка (до 18 лет). Если даже принять во внимание, что обследованию подверглись молодые рабочие и старше 18 лет (до 20), все же количество обследованных, очевидно, вполне достаточно для того, чтобы дальнейшие выводы в общем имели значение достоверных.

По тем же данным ЦСПСБ рабочие подростки составляют в Белоруссии 4,4 проц. всех занятых в производстве рабочих. В 1914 году по данным ЦСУ в России кроме польских губерний подростки составляли 10,5 проц. всех рабочих. Мы не имеем соответствующих цифровых данных относительно военных и первых после реболюционных лет, но все писавшие по вопросу о труде подростков (Зайцев, Шварц, Рабинович, Струмилин и др.) отмечают рост участия подростков в производстве в годы империалистической войны и последовавшее за тем падение этого участия: в первый раз в связи с возвращением на производство квалифицированных взрослых рабочих и упадком промышленности, и второй раз—в связи с началом новой экономической политики (1921 год). В 1915 году подростки составляли 12,9 проц. к общему числу рабочих, в августе 1918 г. рабочие в возрасте 12—19 лет составляли 23,1 проц., в июле 1921 г. подростки уже составляют всего 9,5 проц. всех рабочих, в июле 1922 г.—5,5 проц., в январе 1923 г.—6,5 проц., в январе 1924 г.—5,8 проц. и в апреле 1924 г.—5,5 проц. [3]).

Таким образом, в Белоруссии участие подростков в производстве в 1924 г. было меньше, чем в остальном Союзе. К сожалению, у нас нет никаких данных для определения процентного участия подростков в отдельных производствах. Распределение рабочей молодежи по профессиям и уездам представлено на таблицах 1 и 2.

---

[1]) Зайцев.—Положение труда подростков и его оплата в промышленности. 1924 г.
[2]) VII-й Всебелорусский С'езд ЛКСМБ (Сборник материалов и решений). 1924 г.
[3]) Рабинович—Труд и быт рабочего. 1923 г., Шварц и Зайцев.—Молодежь СССР в цифрах. 1924 год.

Таблица № 1

Распределение рабочей молодежи по производствам и уездам

	Минск		Витебск		Бобруйск		Могилев		Борисов		Полоцк		Мозырь		Слуцк		Червень		Горецк		ИТОГО	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Металлисты	245	17.0	108	25,0	66	15,1	86	22,3	21	5,0	23	32,4	29	9,4	20	15,5	6	4,4	34	23,0	638	16,3
Древообделочн.	5	0,4	45	10,5	39	9,0	26	6,8	77	18,5	6	8,4	137	44,1	6	4,6	11	8,0	18	12,1	370	9,5
Писчебумажники	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1,4	—	—	—	—	—	—	4	3,0	—	—	10	0,3
Печатники	38	2,6	33	7,8	1	0,9	3	0,8	2	0,5	1	1,3	1	0,3	—	—	1	0,7	1	0,6	81	2,1
Текстильщики	13	0,9	—	—	—	—	—	—	4	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,6	18	0,5
Швейники	226	15,8	88	20,5	45	10,3	62	16,1	12	2,8	7	9,9	11	3,6	12	9,3	17	12,4	25	17,0	505	13,1
Кожевники	295	20,4	113	26,2	90	20,6	118	30,7	59	14,1	2	2,7	27	8,7	29	22,5	36	26,3	54	36,2	823	21,0
Пищевики	33	2,3	—	—	34	8,0	4	1,0	6	1,4	2	2,7	2	0,6	3	2,3	2	1,4	1	0,6	87	2,2
Табачники	13	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	0,3
Химики	—	—	—	—	—	—	—	—	50	12,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	1,3
Стекло-фарфор	10	0,7	—	—	45	10,3	—	—	43	10,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	2,5
Минеральщики	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Строители	209	14,5	42	10,0	24	5,5	47	12,2	5	1,2	4	5,6	2	0,6	4	3,1	—	—	—	—	337	8,6
Работн. худ. пром.	3	0,2	—	—	—	—	2	0,5	—	—	—	—	2	0,6	1	0,8	—	—	2	1,3	10	0,3
Железнодорожн.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	6,4	—	—	—	—		—	20	0,5
Водники	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Местн. транспорт	12	0,8	—	—	1	0,2	—	—	2	0,5	—	—	1	0,3	1	0,8	4	3,0	—	—	21	0,5
Рабоч. силов. устан.	24	1,6	—	—	8	1,8	—	—	1	0,2	—	—	3	0,9	3	2,3	—	—	2	1,3	41	1,0
Разные рабочие	144	10,0	—	—	1	0,2	2	0,5	31	7,4	—	—	9	2,9	25	19,4	34	24,8	1	0,6	247	6,3
Без обозначения	57	3,9	—	—	4	0,9	10	2,6	13	3,1	7	10	—	—	4	3,1	—	—	8	5,4	103	2,6
Служащие	119	8,0	—	—	78	18,0	25	6,5	86	20,6	19	27	6	21,6	21	16,3	22	16,0	2	1,3	439	11,1
ВСЕГО	1446	100	429	100	436	100	385	100	418	100	71	100	311	100	129	100	137	100	149	100	3911	100

Таблица № 2

Распределение рабочей молодежи в наиболее распространенных производствах по уездам

	Минск	Витебск	Бобруйск	Могилев	Борисов	Полоцк	Мозырь	Слуцк	Червень	Горецк	Итого
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Металлисты	**38,4**	15,4	13,0	13,5	3,3	3,6	4,5	3,1	0,9	5,3	100
Деревообдел.	1,3	12,2	10,5	7,0	20,8	1,6	**37,0**	1,6	3,0	4,8	100
Швейники	**44,8**	17,4	8,9	12,3	2,4	1,4	2,2	2,4	3,3	4,9	100
Кожевники	**35,8**	13,7	10,9	14,3	7,1	0,2	3,3	3,5	4,4	6,5	100
Пищевики	37,9	—	**39,0**	4,6	6,9	2,3	2,3	3,4	2,3	1,2	100
Строители	**62,0**	12,5	7,1	14,0	1,5	1,2	0,6	1,2	—	—	100
Стекл.-фарф.	10,2	—	**45,9**	—	43,9	—	—	—	—	—	100
Служащие	**27,1**	—	17,7	5,7	19,6	4,4	15,2	5,0	2,0	0,4	100
По всем производствам	37,0	10,9	11,1	9,8	10,7	1,8	8,0	3,3	3,5	3,8	100

Из таблицы 1-й видно, что больше всего рабочей молодежи занято среди кожевников (21 проц.), металлистов (16,3 проц.), швейников (13,1 проц.), служащих (11,1 проц.), деревообделочников (9,5 проц.), строителей (8,6 проц.)—всего 79,6 проц. Вторая таблица указывает, в каких уездах наиболее развито то или иное производство. Мы видим, что в Минском уезде сосредоточены металлисты, швейники, кожевники, строители, служащие; в Мозырском уезде—деревообделочники, в Бобруйском—пищевики и стекло-фарфорщики. Больше одной трети (37 проц.) всех обследованных молодых рабочих сосредоточено в Минском уезде.

Таблица № 3

Национальный и половой состав рабочей молодежи по профессиям

	Белоруссы		Великороссы		Евреи		Поляки		Прочие		Итого		Из них женщин	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%		%	abs.	%	abs.	%
Металлисты	178	27,9	76	11,9	356	55,8	21	3,3	7	1,1	638	100	23	3,6
Деревообделочники	129	34,8	28	7,6	202	54,6	9	2,4	2	0,6	370	100	57	16,2
Швейники	36	7,1	13	2,6	453	89,7	3	0,6	—	—	505	100	360	71,3
Кожевники	65	7,9	28	3,4	717	87,1	10	1,2	3	0,4	823	100	5	0.6
Пищевики	9	10,4	1	1,1	74	85,1	3	3,4	—	—	87	100	33	38,0
Строители	76	22,6	32	9,5	225	66,7	3	0,9	1	0,3	337	100	—	—
Стекло-фарфорщ.	42	42,8	14	14,2	13	13,3	28	28,7	1	1,0	98	100	30	30,6
Служащие	89	20,3	24	5,5	309	70,4	16	3,6	1	0,2	439	100	224	51,0
По всем производствам	798	20,4	275	7,1	2706	69,2	104	2,6	28	0,7	3911	100	983	25,1
В том числе женщин	170	21,4	68	24,7	690	25,5	46	44,2	9	32,1	983	25,1		

Таблица № 4

Национальный и половой состав рабочей молодежи по уездам

	Белоруссы		Великороссы		Евреи		Поляки		Прочие		ВСЕГО		Из них женщин	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Минский уезд . .	358	24,7	71	4,9	986	68,0	21	1,4	10	1	1446	100	374	25,8
Витебский „ . .	35	8,1	56	13,1	320	74,6	13	3,0	5	1,2	429	100	118	27,5
Бобруйский „ . .	33	7,5	26	6,0	350	80,2	26	6,0	1	0.3	436	100	106	24,3
Могилевск. „ . .	12	3,1	50	13,0	319	83,0	2	0,5	2	0,5	385	100	56	14.5
Борисовск. „ . .	189	45,2	22	5,2	179	42,8	26	6,2	2	0,5	418	100	132	31,6
Полоцкий „ .	8	11,2	7	10,0	54	76,1	1	1,3	1	1,3	71	100	9	12,6
Мозырский „ . .	65	20,9	21	6,7	212	68,1	9	2,9	4	1,4	311	100	96	30,9
Слуцкий „ . .	18	14.0	3	2,3	108	83,7	—	—	—	—	129	100	35	27,1
Червеньский „ . .	51	37,0	7	5,1	71	51,8	6	4,3	2	1,8	137	100	49	35,7
Горецкий „ . .	29	19,4	12	8,1	107	71,8	—	—	1	0,7	149	100	8	5.3

Национальный и половой состав рабочей молодежи.

Из всех обследованных больше двух третей (2706 или 69,2 проц.) евреи, одна пятая (798 или 20,4 проц.)—белоруссы. Доля участия той или иной национальности колеблется в довольно широких пределах в зависимости от производства. Среди швейников, кожевников и пищевиков евреи составляют подавляющее большинство (89,7 проц., 87,1 проц. и 85,1 проц.), в металлическом и деревообделочном производствах они составляют несколько больше половины, а в стекольно-фарфоровом производстве—всего 13 проц. Поляки более или менее значительное участие (28,7 проц.) принимают лишь в стекольно-фарфоровом производстве. Белоруссы относительно больше всего представлены среди стекло-фарфорщиков (42,8 проц.), деревообделочников (34,8 проц.), металлистов (27,1 проц.), и строителей (22,6 проц.). Было бы, однако, ошибочно сделать на основании этих данных выводы, что национальный состав рабочей молодежи полностью зависит от характера производства. Таблица № 4 показывает, что и территориальный признак влияет на национальный состав. Сопоставляя таблицы 2, 3 и 4, мы не можем найти определенной связи между наиболее распространенным в том или ином уезде производством и национальным составом занятой в нем рабочей молодежи.

Те-же соображения применимы и по отношению к участию женской молодежи в производствах. В Мозырском, например, уезде наиболее распространенным производством является деревообделочное, в котором участие женщин не так уже велико по Белоруссии (16,2), между тем в составе рабочей молодежи Мозырского уезда имеется 30,9 проц женщин. То-же в Минском уезде, который является центром металлического, кожевенного, строительного производств, в которых участие женщин весьма незначительно (3,6 проц, 0,6 проц. и 0 проц.), а между тем Минский уезд дает 25 проц. женщин среди рабочей молодежи. Очевидно, как национальный, так и половой состав рабочей молодежи зависит не столько от характера производства, сколько от экономических и культурных условий той или иной части Белоруссии. Чем более развита промышленность, тем более проявляется пролетаризация уезда в смысле вовлечения женщин в производство и отвлечения крестьян от земли (ср. большой проц. участия в производстве не евреев в Борисовском, Минском, Витебском уездах). Разумеется, это замечание является лишь попыткой об'яснить разбираемое явление и основано скорее на априорных суждениях, чем на выводах из достоверного всесторонне изученного материала. Такого

материала мы пока не имеем, и например: факт громадного процента женщин среди польской рабочей молодежи сейчас окончательно не может быть об'яснен—он лишь в известной мере освещается приведенным предположением. Между прочим в Московской губернии среди рабочих подростков имеется 34 проц. женщин (см. у Куркина), а в Белоруссии в общем насчитывается всего 25,1 проц.: факт, подтверждающий наше мнение о зависимости участия женщин в производстве от социально-экономических условий.

Жилищные условия.

По суб'ективной оценке самих подростков их жилищные условия представляются в следующем виде: больше половины всех работающих подростков живут в сырости и в холоде (51,6 проц. и 55 проц.); 32 проц. живут в недостаточно светлых помещениях; 60 проц. живут в тесноте. Последнее может быть проверено и об'ективно учетом того, сколько человек живет в одной комнате. Не имея размеров комнат, можно, однако, считать в среднем, что живущие по одному и по двое в одной комнате живут просторно; к этому надо прибавить некоторые случаи, когда трое живут в большой комнате, так же как живущих сравнительно просторно. Соответствующие цифры показывают следующее: живут по одному и по двое в комнате—29 проц., по трое или четверо—41 проц. и 30 проц. живет больше четырех в одной комнате. Эти цифры с вышеуказанной поправкой, т. е. причислением некоторого количества живущих по трое в одной комнате к просторно—живущим, почти совпадают с суб'ективной оценкой, данной самими подростками.

Среди живущих по четыре и больше в одной комнате имеется некоторое количество подростков, живущих в общежитиях, домах-коммунах и т. д. Их квартирные условия нельзя, в большинстве случаев, квалифицировать как скученность. Но так как подростков, живущих не на частной квартире всего 18 проц., а живущих по четыре и больше в одной комнате 44 проц.—ясно, что все-таки значительное большинство из них живет в чрезвычайной тесноте в самых тяжелых жилищных условиях.

Число подростков, пользующихся не частной квартирой—(82 проц.), не очень колеблется по различным профессиям (от 77 до 89 проц.).

Проживают на частной квартире:

Швейников	77 проц.	Кожевников	87 проц.
Деревообделочников	77 „	Пищевиков	95 „
Строителей	79 „	Служащих	89 „

Значительно большие колебания отмечены в различных профессиях в отношении вопроса скученности:

	Живущих по 1 или по 2 в 1 комн.	Больше 4 в 1-й комн.
Среди служащих	41 %	19 %
„ пищевиков	36,7 „	12,7 „
„ кожевников	27,5 „	30 „
„ строителей	24 „	34 „
„ деревообделочников	23 „	42 „
„ швейников	20 „	36 „

Как особенно безотрадное явление надо отметить, что 12 проц. рабочей молодежи живут в подвалах и полуподвалах.

Проживание в квартире, предоставленной от предприятия, отмечено у более или менее значительного числа подростков только среди стеклофарфорщиков (44 проц.) и деревообделочников (13 проц.) При этом необходимо отметить, что как раз у этих наблюдается чаще всего в оценке помещения теснота, сырость и холод.

Питание.

Относительно питания рабочей молодежи у нас имеются очень незначительные сведения. Данные анкет выявляют, что 76,5 проц. рабочей молодежи питаются в семье и только 23,5 проц. пользуются общественными столовами. Процент питающихся в семье особенно высок среди пищевиков—90 проц., стекло-фарфорщиков—83 проц., служащих--80,5 проц., деревообделочников 80 проц.; несколько меньше у кожевников—77 проц., строителей—76 проц., металлистов—74 проц., швейников—68 проц.

Останавливает внимание и то, что 8,6 проц. не имеют горячей пищи и 13,6 проц. всей рабочей молодежи считает суб'ективно, что они недоедают. Количество не имеющих горячей пищи распределяется по профессиям в следующем порядке:

Швейники . .	13,4 проц.	Пищевики . .	8 проц.
Металлисты . .	12 „	Деревообделочники .	5,8 „
Стекло-фарфорщики	11 „	Кожевники . .	5,8 „
Строители . .	10,6 „	Служащие . .	4,9 „

Недоедание отмечено чаще всего у	строителей . .	19,3 проц.
„ „ „ „ „	стекло-фарф. .	16 „
„ „ „ „ „	кожевников . .	15,8 „
„ „ „ „ „	швейников . .	15,4 „
В меньшей степени у	служащих . .	12 „
„ „ „ „	металлистов. .	11,5 „
„ „ „ „	пищевиков . .	8 „
„ „ „ „	деревообделоч .	5,5 „

но и у этих недоедание, как хроническое явление, встречается в таком распространении, что пройти мимо этого явления невозможно. Об'ясняется ли этот печальный факт низкой оплатой работающих подростков или условиями их жизни, так как зачастую заработок подростка идет в общий бюджет семьи и хватает едва на полуголодное существование ее,—определить из наших анкет не удается. К сожалению, в ней нет вопроса о размере заработка подростка.

Грамотность.

Переходим теперь к вопросу о грамотности рабочей молодежи. Тут останавливает на себе внимание раньше всего два момента: во-первых, то, что только 70 проц. всех работающих подростков обучались в каком нибудь учебном заведении, включая сюда и хедер (14 проц.). Но и хедер не давал никакого общего знания детям, так что надо считать, что 36 проц., т. е. больше трети рабочей молодежи в настоящее время не получали никакого систематического обучения в детстве.

Из общего числа обучавшихся в каком нибудь учебном заведении 3.109—33 проц. обучались в дореволюционной школе, 39 проц.—в советской, 10 проц.—в профтехнической и 18 проц.—в хедере или талмудторе.

По отдельным профессиям процент обучавшихся очень варирует.

	Обучались в какой нибудь общей школе.	Обучались в школе или хедере.
Строителей . .	88 проц.	99 проц.
Металлистов . .	80,5 „	89,5 „
Служащих . .	77 „	85 „
Деревообделочник. .	67 „	81 „
Стекло-фарфорщ. .	65 „	— „
Кожевников . .	50 „	83 „
Швейников . .	58 „	69 „
Пищевиков . .	36 „	51 „



Вышеприведенные цифры показывают количество рабочих подростков, обучавшихся в каком-нибудь учебном заведении. Они, однако, не дают еще правильной картины их грамотности; так как даже из числа посещавших какую-либо школу—дореволюционную, советскую или профтехническую,—только самый незначительный процент окончил ее. Так, из общего количества 2.556 подростков, посещавших школу (без хедера), только 8,4 проц. окончило ее.

Интересно отметить количество еврейской рабочей молодежи, получивших свое первоначальное образование в хедере или талмуд-торе. Как известно, хедера и талмуд-торы посещались, главным образом, мальчиками; девочки не имели туда совершенно доступа. Количество мужской еврейской рабочей молодежи, получившей свое первое воспитание в хедерах, поражает своей значительностью, особенно в некоторых профессиях, которые, главным образом, выбирает еврейская беднота и самые отсталые элементы. Тут широкое поле для приложения последующего воспитательного влияния ЛКСМ, вечерних школ и т. д.

Из числа мужской еврейской молодежи посещали хедер или талмуд-тору—27 проц., в том числе:

швейников	41 проц.	деревообделочн.	27 проц.
кожевников	37 „	строителей	17 „
пищевиков	31 „	металлистов	16 „
служащих	23 „		

Эти цифры надо еще оценить скорее всего как преуменьшенные, так как по общему мнению некоторые подростки не указали во время опроса, что обучались в хедере или талмуд-торе из желания скрыть этот факт.

Второй чрезвычайно интересный момент, который выявило обследование 1924 года—это крайне незначительное участие профтехнических школ в подготовке рабочей молодежи. Всего посещало профтехническую школу 319 человек и окончило ее—16.

Среди металлистов, обуч. в проф.-техн. школе	15,5 проц.
„ деревообдел. „ „ „ „	14 „
„ строителей „ „ „ „	14 „
„ кожевников „ „ „ „	7,5 „
„ швейников „ „ „ „	5 „
„ служащих „ „ „ „	7 „

То, что среди служащих отмечено 7 проц. (32 человека) посещавших профтехнические школы, показывает, что 10 проц. посещавших эти школы оставляют свою профессию и идут на другую работу. При общем незначительном участии профтехнических школ до сих пор в подготовке рабочей молодежи, утечка в 10 проц. еще более уменьшает значение профтехнических школ до 1923 года в профессиональной подготовке рабочих. В последние годы профтехническому образованию уделяется очень много внимания и нужно ожидать, что последующие обследования выявят значительно большую роль этих школ в жизни работающей молодежи.

Использование вне-рабочего времени.

Вечерняя школа.

Мы видели, как недостаточно в общем полученное подростками в детстве образование, как велика необходимость в пополнении этого образования. Эта потребность находит отчасти удовлетворение в разного рода вечерних школах, кружках и т. д. 64 проц. работающей молодежи посещают какую нибудь школу в свободное от работы время.

Строителей.	77 проц.
Швейников.	75 „
Кожевников	75 „
Металлистов	70 „
Пищевиков.	62 „
Деревообделочники	54 „
Служащие.	51 „
Стекло-фарфорщики	30 „

Наименьший процент посещающих вечернюю школу дают стекло-фарфорщики Это об'ясняется своеобразными условиями жизни стекло-фарфорщиков, живущих, в большинстве случаев, на заводах, расположенных в стороне от городов. Подростки не имеют, повидимому, достаточной возможности учиться в вечерней школе. Строители, дающие наибольший процент посещавших школу в детстве, дают также наибольший процент посещающих вечернюю школу. Точно также приходится отметить и сравнительно большое количество подростков металлистов, стремящихся к пополнению своего знания.

Физкультура.

Физкультурой занимаются 27 проц. рабочих подростков. Учитывая, что мы имеем в нашем материале наиболее организованную часть рабочей молодежи, надо отметить, что физкультура еще далеко недостаточно проникла в быт рабочей молодежи. Впереди всех в физкультработе идут металлисты—41 проц. и швейники—31 проц. Последнее тем более поразительно, что среди швейников большинство женщин—71 проц., а среди женщин в общем физкультура меньше распространена. Для швейников, работающих в сидячем, согнутом положении, физические упражнения являются наиболее необходимым коррегирующим элементом против вредностей их работы. Очень возможно, что именно сознание этого момента и повело к сравнительно широкому развитию кружков физкультуры среди швейников.

Общественная работа.

Выполнение общественной работы отмечено только у 2,5 проц. всех подростков. Надо думать, что вопрос был поставлен в анкете недостаточно ясно и потому не дал правильных сведений. Трудно допустить, что только 2,5 проц. работающей молодежи в настоящее время принимают участие в общественной работе.

Рабочая неделя и место работы.

К сожалению, мы лишены возможности дать исчерпывающие сведения о рабочем времени молодежи в связи с возрастом, что было бы наиболее важно для суждения о нагрузке. Единственным критерием для вывода о соблюдении нормального рабочего дня остается, таким образом, количество занятых в производстве больше 46 часов в течение недели. Таких насчитывается в Белоруссии около одной четверти (24,3 проц.). Совершенно независимо от возраста рабочей молодежи этот факт, безусловно, подчеркивает крайнее неблагополучие в этом отношении.

Таблица № 5

Рабочая неделя и место работы молодежи

		Метал-листы	Древо-обделочники	Швейники	Кожевники	Пищевики	Строители	Стекло-фарфор	Служащие	По всем производствам
Место работы	в госуд. и ко-опер. предпр.	559	321	366	486	44	230	90	364	2895
	%%	87,6	87,0	72,5	59,0	50,6	68,4	90,8	82,9	74,0
	в част. предпр.	60	37	125	299	16	5	3	38	722
	%%	9,4	10,0	24,7	36,4	18,4	30,2	9,2	8,6	18,5
	безработных	19	12	14	38	27	102	—	37	294
	%%	3,0	3,0	2,8	4,6	31,0	1,4	—	8,5	7,5
Рабочая неделя	до 24-х часов	132	130	22	152	5	96	6	45	630
	%%	21,4	36,3	6,5	19,3	8,3	40,8	6,1	11,1	17,4
	„ 36 часов	143	61	151	320	12	36	15	194	1080
	%%	23,1	17,0	30,7	40,7	20,0	15,9	15,4	48,2	29,9
	„ 46 часов	242	69	179	155	26	78	46	62	1028
	%%	39,1	19,2	36,4	19,8	43,3	33,2	46,7	15,4	28,4
	выше 46 час.	102	98	129	158	17	25	31	101	879
	%%	17,4	27,5	26,4	20,2	28,4	10,7	31,8	25,3	24,3

В Московской губернии на год раньше нашего обследования (в 1923 г.) работающих более 46-ти час. в неделю имелось всего 9,4 проц. среди подростков мужского пола и 3,9 проц.—женского пола. С другой стороны там гораздо большая чем у нас часть подростков работали менее 24 час. в неделю: 33,3 проц. мужчин и 29 проц. женщин, у нас же всего 17,4 проц. Совершенно ясно, таким образом, что продолжительность рабочего времени нашей рабочей молодежи слишком велика. Это настолько серьезный факт, как одна из основных причин, влияющих на физическое развитие подрастающего поколения, что крайне важно найти ему об'яснение. Прежде всего необходимо констатировать, что длина рабочего времени зависит от прои водства. Но почему допускается, чтобы в одних производствах чуть ли не третья часть всей рабочей молодежи работала больше 46 час. в неделю (стекольно-фарфоровое), а в других производствах сверх этой нормы работает всего одна десятая (строители). Как видно, вредность производства никак не может об'яснить это: с этой точки зрения должно бы наблюдаться обратное явление, именно: на более вредном стекольно-фарфоровом производстве рабочее время должно быть и более ограничено.

Попытка искать об'яснение в месте работы также ни к чему не приводит. В самом деле, как раз в тех производствах, которые находятся целиком или почти целиком в ведении государственных и кооперативных органов, наблюдается наибольшая перегрузка рабочего времени и наоборот. Однако вернее будет, если скажем, что из этого сопоставления мы какую нибудь закономерность вывести не можем. Остается, на основании имеющихся у нас материалов, предположить, что работа сверх нормы рабочей молодежи находится в зависимости от постановки дела охраны труда. Когда мы данный признак (работа сверх 46 час. в неделю) дифференцируем по уездам, то получаем такие цифры:

В Минском уезде сверх 46 час. в неделю работает 158 или 11,4 проц. всех обследованных, работающих в производстве.

В Бобруйском уезде . . . 58 или 16 проц.
„ Борисовском „ . . . 200 „ 49,6 „
„ Витебском „ . . . 173 „ 44,7 „
„ Могилевском „ . . . 43 „ 12,3 „

В Мозырском	уезде	. . .	85	или	28 проц.
„ Полоцком	„	. . .	16	„	30,7 „
„ Слуцком	„	. . .	59	„	56,1 „
„ Червеньском	„	. . .	53	„	40,4 „
„ Горецком	„	. . .	34	„	24 „

Конечно, при об'яснении интересующего нас сейчас явления приходится учитывать и хозяйственное положение производства и материальное благосостояние самих работающих, вынужденных, быть может, сверхурочными работами покрыть дефицит. Так или иначе наш вывод может быть только один: труд нашей рабочей молодежи очень слабо охраняется.

Продолжительность пребывания на работе и возраст поступления.

Таблица № 6

Продолжительность пребывания на работе

	Металлисты	Древообделочники	Швейники	Кожевники	Пищевики	Строители	Стеклофарфор.	Служащие	По всем производствам		
до 6 мес	169	122	95	202	31	57	37	136	1025		% до 1 года
%%	27,3	24,0	19,3	26,0	51,7	24,2	37,7	33,8	28,3	1610	
до 1 года	109	54	70	153	10	45	14	66	585	44,3	
%%	17,7	15,1	14,3	20,0	16,9	19,1	14,3	16,4	16,0		
до 1½ л.	54	42	30	47	1	38	10	14	276		% 1—2 л.
%%	8,8	11,7	6,1	6,0	1,6	16,2	10,2	3,5	8,0	766	
до 2 л.	100	56	71	89	2	51	12	43	490	21,5	
%%	16,2	15,3	14,4	11,3	3,2	21,7	12,2	10,5	13,5		
до 2½ л.	20	24	30	20	3	—	3	28	138		% 2—3 л.
%%	3,2	7,0	6,1	2,6	4,8	—	3,2	7,0	4,0	650	
до 3 л.	82	25	137	132	2	32	10	28	512	18,1	
%%	13,3	7,0	28,0	16,8	3,2	13,6	10,2	7,0	14,1		
бол. 3 л.	85	35	58	142	11	12	12	87	519	519	более 3 л.
%%	13,5	9,9	11,8	18.3	18,6	5.2	12,2	21,8	16,1	16,1%	
Итого	619	358	491	785	60	235	98	402	3617		
%%	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

Основной вывод, который мы можем сделать из приведенной таблицы, заключается в том, что большая часть рабочей молодежи, подвергшейся обследованию, имеет очень незначительный производственный стаж: менее года 44,3 проц., 1-2 года—21,5 проц. (всего 65,8 проц.). В общем этот вывод согласуется с данными Московского обследования; там этот факт еще более резко выражен: меньше одного года работало 55,8 проц. среди мужчин и 63,6 среди женщин Несомненно, что причина выведенной динамики участия молодежи в производстве лежит в путях общего развития хозяйственной жизни советского Созюза, о которых мы упоминали в начале. Как раз за 3 года до обследования началась новая экономическая политика, в связи с которой и произошло значительное сокращение рабочей молодежи. С дальнейшим развитием экономических сил, восстановлением и ростом промышленности, установлением брони, естественно, росло и участие молодежи в производствах. Для конечных наших выводов—о физическом состоянии молодежи—указанное явление имеет весьма существенное значение, так как оно указывает, какое влияние на физическое развитие имеют общие социально-бытовые условия независимо от профессиональных.

Гораздо важнее для прогноза будущего физического развития, данные о возрасте, в котором приступила к работе обследованная молодежь.

Таблица № 7

Возраст поступления на работу

	Металлисты		Древообдел.		Швейники		Кожевники		Пищевики		Строители		Стеклофарфорщ.		Служащ.		Повсем производств.		
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abc	%	abs	%	abs.	%	
до 9 лет	13	2,4	8	3,1	10	2,5	20	2,8	7	8,5	3	1,0	13	14,4	20	5,7	133	4,1	13,4%
„ 10 „	27	5,6	14	5,5	9	2,3	16	2.3	8	9,7	8	2,8	7	7,8	22	6,3	134	4,2	
„ 11 „	14	2.8	15	5,8	27	6,9	38	5,5	10	12,0	10	3,4	6	6,6	16	4,6	162	5,1	
„ 12 „	52	10,4	37	14,1	36	9,2	67	9,6	14	16,8	26	8,8	10	11,2	38	10,9	355	11,0	76,6%
„ 13 „	54	10,8	37	14,1	49	12,3	103	14,8	14	16,8	44	14,8	8	8,8	38	10,9	414	12,9	
„ 14 „	87	17,3	41	15,8	92	23,4	137	19.7	14	16.8	72	24,0	20	22,3	77	22.0	646	20,1	
„ 15 „	95	19,0	53	20,6	75	19,0	147	21,2	8	9,7	64	21,4	12	13,3	47	13,4	594	18.5	
„ 16 „	76	15,0	30	11,6	66	16,8	108	15.5	7	8,5	39	13,1	11	12,2	59	17,0	454	14,1	
„ 17 „	29	5,8	15	5,8	14	3,6	39	5,6	—	—	20	6,7	2	2,2	18	5,1	178	5,5	10,0%
„ 18 „	17	3,4	8	3,1	10	2,5	10	1,5	1	1,2	3	1,0	1	1,2	6	1,7	71	2,2	
„ 19 „	17	3,4	1	0,5	5	1,5	9	1,5	—	—	9	3,0	—	—	9	2,4	54	1,6	
„ 20 „	20	4,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	0,7	
ИТОГО.	501	100	259	100	393	100	694	100	83	100	298	100	98	100	350	100	3215	100	

Мы видим, что больше трех четвертей всех давших ответ на этот вопрос приступило к работе в возрасте 12—16 лет (12—14 лет 23,9, проц., 14—16 лет—52,7 проц.), а 13.4 проц. еще более в раннем возрасте. По Московскому обследованию большинство подростков там поступило на работу в возрасте 14—16 лет (74 проц. мужчин и 80,5 проц. женщин). Таким образом, у нас значительная часть рабочей молодежи начинает производственную жизнь еще на 2 года раньше. Это значит, что подавляющее большинство рабочих начинает работать в возрасте, когда их организм совершенно не сформирован и не установлен, попадая в условия профессиональной работы, далеко не благоприятствующие нормальному физическому развитию и росту. Если принять во внимание еще тяжелые условия домашнего быта, то легко понять, почему в зрелом возрасте рабочий несет в своем организме все следы тяжелых социальных влияний и профессиональных вредностей.

Телосложение и состояние питания рабочей молодежи.

Относительные величины ниже приводимой таблицы не следует трактовать, как абсолютно точные, прежде всего потому, что самый характер медицинского обследования не может претендовать на полную об'ективность, поскольку заключение врачей делалось на основании суб'ективной оценки. В общем, однако, статистические ряды вполне пригодны для выводов.

Прежде всего следует отметить, что наихудшие результаты дало освидетельствование строителей: среди них больше всего молодежи с слабым телосложением, плохим питанием, ненормальностями в скелете и увеличением желез. За ними идут металлисты, кожевники, служащие. В наилучшем состоянии с точки зрения разбираемых признаков находится физическое развитие деревообделочников. Швейники, имея удовлетворительное телосложение и питание, дают значительный процент искривления позвоночников, что следует отнести, повидимому, за счет положения тела при работе. Труднее об'яснить, почему строители, как будто представляют наименее доброкачественный людской материал, в то время, как в отношении других более вредных производств мы таких выводов

Таблица № 8

Телосложение, питание рабочей молодежи ($^0/_0{}^0|_0$)

		Метал-листы	Древо-обделоч.	Швей-ники	Кожев-ники	Пище-вики	Строи-тели	Стекло-фарфор.	Служа-щие	По всем производствам муж.	жен.	итого
Телосложение	крепкое	19,2	26,5	30,0	20,0	31,3	17,4	28,4	19,2	20,2	28,2	22,2
	среднее	51,7	64,0	56,4	53,0	60,0	46,0	62,5	56,0	53,8	57,0	54,7
	слабое	**29,1**	9,5	13,6	**27,0**	8,7	**36,6**	9,1	**24,8**	26,0	14,8	23,1
Питание	хорошее	19,4	30,0	35,6	17,0	24,0	16,1	30,4	29,4	20,8	39,0	25,5
	умеренное	54,4	55,8	49,0	55,0	58,2	55,0	63,0	53,5	54,7	50,0	53,5
	плохое	**26,2**	14,2	15,4	**28,0**	17,8	**28,9**	6,6	**17,1**	24,5	11,0	21,0
Ненормальн.	искривлен. позвон.	8,4	1,1	**19,4**	14,3	8,0	**27,0**	9,2	2,1	11,4	9,9	11,0
	неправ. грудн. клет.	**25,1**	6,2	12,3	15,2	9,0	**23,1**	10,2	12.5	17,4	12,5	16,1
	увеличение желез.	**30,0**	8,0	26,7	26,1	22,0	**42,0**	19,4	16,0	27,0	17	24,5

сделать не можем. Этот факт в ряде других, если только нет грубой ошибки в первичном наблюдении, мы не в состоянии сейчас об'яснить.

Весьма важны данные относительно зависимости телосложения и питания от пола—они тем более важны, что совпадают с результатами Московск. обследования. И в Московской губернии, и в Белоруссии определенно отмечается лучшее физическое состояние женщин по сравнению с мужчинами. Сравнительная табличка отрицательных признаков отчетливо иллюстрирует это положение.

	Слабое телосложение. мужч.	женщ.	Плохое питание. мужч.	женщ.
По Московским данным	14,9	10,8	14,6	9,4
По данным Белорусск. обследов.	26,0	14,8	24,5	11,0

Это сравнение дает право сделать другой вывод, что в Белоруссии физическое состояние молодежи вообще хуже, чем в Московской губернии. Одновременно с другими причинами (социально-экономическими, бытовыми) возможно предположить, что в этом играет роль поступление на производство в более молодом возрасте (см. выше).

Что касается причин, лежащих в основе более удовлетворительного физического состояния женской части рабочей молодежи, то мы склонны усматривать ее в более тщательном отборе поступающих на работу женщин как в самой семье, так и на производстве. С одной стороны мальчик из нуждающейся семьи скорее посылается в мастерскую, на фабрику и завод, чем девушка совершенно независимо от физического его состояния; с другой стороны производство охотнее выталкивает слабую женскую часть, которая вообще менее выгодна ему, чем мужская. Во всяком случае этот факт имеет громадное значение, потому что он намекает на то, что производственный труд особенно вреден для женщины, которая в более позднем возрасте чаще и больше болеет, чем рабочий мужчина.

Заболеваемость.

По отношению к выявлению заболеваемости нельзя признать однородным весь наш материал. В двух уездах — Витебске и Минске медосвидетельствование производилось специалистами; каждый подросток

подвергался освидетельстсванию в нескольких специальных кабинетах и ясно, что у этих подростков выявлено исчерпывающе их состояние здоровья resp. заболеваемость к моменту исследования. В других уездах медосвидетельствование проводилось одним врачем и цифра заболеваемости у них несколько ниже действительности.

Для определения заболеваемости по отдельным профессиям мы, поэтому, возьмем только материал Минска и Витебска и выделим следующие профессии: металлистов, швейников, кожевников и строителей.

Соответствующие цифры дает нижеследующая таблица:

Заболеваемость подростков по материалам обследования 1924 г. Минска и Витебска

по профессиям:

Название болезни	Абсол. цифры					На 1000 заболев.				
	Метал.	Швейн.	Кожевн.	Строит.	По всем производствам	Метал.	Швейн.	Кожевн.	Строит.	По всем производствам
Забол. кожи . . .	120	47	68	28	341	173	107,5	142	142	143
„ орг. дыхан.	134	97	98	47	460	194	222	205	238,5	193
„ „ кров. .	114	64	40	11	268	165	146	84	55,5	112
„ „ пищев.	17	31	7	5	73	25	71	15	25,0	30
„ „ мочеп.	21	19	13	7	74	30,5	44	27	35,5	31
„ венерич. . .	—	—	1	1	4	—	—	2	5	1.0
„ нервн. сист.	19	24	14	6	70	27,5	55	29	30,5	30.0
„ носа . . .	121	54	88	45	457	174	124	185	228	192
„ глаз. . . .	94	60	76	29	372	136	137	160	148	161
„ ушей . . .	43	34	67	15	226	62	77,5	140	77	95
„ орг. движ. .	9	7	5	3	30	13	16	11	15.0	12.0
Итого . .	692	437	477	197	2375	1000	1000	1000	1000	1000
Колич. подростк.	353	314	408	251	1875					

Мы воздерживаемся пока от каких-бы то ни было выводов из приведенных цифр. Укажем только на очень значительное расхождение следующих цифр:

На 1000 подростков каждой профессии найдено у металлистов 2000 заболеваний, швейников—1391, у кожевников—1169, у строителей—785.

Значительно большее количество заболеваний у металлистов идет за счет увеличения заболеваний кожи, дыхательной системы, носа и кровообращения.

Заключение Комиссии.

Из общего числа обследованных подростков 3911—929 нуждались в амбулаторном лечении (23,7 проц.), на что и было обращено их внимание и они получили соответствующее направление; 74 (2 проц.) оказались больными, требовавшими специального лечения на курортах, и 1034 чел. (26 проц.) были выделены, как нуждающиеся в домах отдыха. Перевод на более легкую работу оказался нужным в очень незначительном количестве случаев.

Нуждающихся в доме отдыха было 26 проц. с очень значительными колебаниями по отдельным профессиям (от 12 до 30 проц.).

Нуждались в Доме отдыха:

Среди	металлистов	30 проц.
„	строителей	30 „
„	служащих	30 „
„	кожевников	28 „
„	швейников	25 „
„	пищевиков	18 „
„	деревообделочников	15 „
„	стекло-фарфорщиков	12 „

ВЫВОДЫ.

1. Прежде всего следует констатировать, что по данным обследования 1924 г. молодежь в Белоруссии была мало вовлечена в производство сравнительно с остальной частью Союза ССР: в Белоруссии рабочие подростки составляют 4,4 проц. общего числа рабочих, в СССР—5,5 проц.

2. Половой и национальный состав рабочей молодежи в Белоруссии определяется не только характером производства, но скорее территориальным расположением его. Так как главные виды промышленности сосредоточены в городах, то естественно преобладание среди рабочей молодежи евреев и довольно значительное вовлечение в производство женщин (25,1 проц.). По отдельным производствам и разным уездам национальный состав и доля участия женщин колеблются, повидимому, в связи с различиями в общих социально-экономических условиях отдельных частей Белоруссии. Пока нет достаточного материала для об'яснения большого процента (44,2 проц.) для женщин среди польской рабочей молодежи.

3. В отношении жилищных условий приходится отметить скученность и общую противогигиеническую обстановку, среди которой живет больше половины обследованной рабочей молодежи (теснота 59 проц., сырость 52 проц., холод 55 проц., недостаток света 32 проц.; кроме того, 12 проц. молодежи живет в подвалах и полуподвалах). Таким образом, забота об улучшении жилищных условий рабочей молодежи в Белоруссии должна занять центр внимания соответствующих органов, в первую очередь, в смысле предоставления удовлетворительных квартир живущим в подвалах и полуподвалах.

4. Условия питания обследованной молодежи характеризуются следующими цифрами: 76 проц. питается в семье, 23 проц. пользуется общественными столовыми, 8 проц. не имеет горячей пищи и 11 проц. суб'ективно отмечает недоедание. Мы должны, следовательно, констатировать незначительное развитие в Белоруссии общественного питания.

5. Из всех обследованных только 64 проц. в детстве посещали школы, и 14 проц. обучалось в хедерах. Из обучавшихся в каком-нибудь учебном заведении 33 проц. посещали дореволюционную школу, 39 проц.—совет-

скую и только 10 проц. профтехническую школу. Вообще следует подчеркнуть весьма незначительное участие профтехшкол в подготовке рабочей молодежи.

6. Внерабочее время обследованные используют, главным образом, для пополнения своего образования в вечерних школах (64 проц.). Исключение составляют стекло-фарфорщики в силу своеобразных условий жизни вдали от города Соответствующее число вечерних школ является, поэтому, весьма важным условием повышения образовательного уровня рабочей молодежи.

7. В отношении продолжительности рабочего дня молодежи дело обстоит весьма неблагополучно: 24,3 проц. всех работающих, подвергшихся обследованию, работает больше 46 часов в неделю. По всем данным дело охраны труда еще не на надлежащей высоте. Упорядочение этого вопроса представляет первоочередную задачу.

8. Большинство рабочей молодежи (65,8 проц.) имеет производственный стаж менее 2-х лет. Основной причиной этого является сокращение рабочих подростков в начале новой экономической политики.

9. Возраст поступления на работу белорусской рабочей молодежи в большинстве падает на 12—16 лет, на 2 года раньше, чем в Московской губернии. Указанный факт имеет существенное значение в смысле отрицательного влияния на нормальный рост и развитие подростков.

10. По результатам медицинского освидетельствования телосложения и питания рабочей молодежи, наихудшее физическое состояние отмечается у строителей, наилучшее у деревообделочников. Факт этот, на основании имеющихся материалов, пока не поддается об'яснению.

11. Мы видели, что 26 проц. рабочей молодежи, т. е. каждый 4-й подросток нуждается в Доме Отдыха. Насколько важно эту потребность удовлетворить на все 100 проц.—ясно само собой. Организм рабочего подростка, достаточно еще лябильный в периоде созревания, который должен в эти годы приспособиться к новым, зачастую очень своеобразным, условиям труда и быта, часто оказывается на грани своих запасных сил. Подкрепить его именно в это время—это значит в значительной степени уменьшить количество дней нетрудоспособности и инвалидности в дальнейшем. Это положение следовало бы в полной мере учесть органам социального Страхования, стремящимся к рациональному и экономному расходованию своих средств.

Всебелорусская сводка по уездам. Национальность и пол. Таблица № 1

№№ по пор.	Название уездов	Белороссы М.	Белороссы Ж.	Белороссы В.	Великорос. М.	Великорос. Ж.	Великорос. В.	Евреи М.	Евреи Ж.	Евреи В.	Поляки М.	Поляки Ж.	Поляки В.	Прочие М.	Прочие Ж.	Прочие В.	Всего М.	Всего Ж.	Всего В.	Возраст 15	Возраст 16	Возраст 17	Возраст 18	Возраст 19	Возраст 20	Возраст Больше	Возраст Не указано	Возраст Всего
1	Минский	300	58	358	48	23	71	703	283	986	17	4	21	4	6	10	1072	374	1446	24	123	267	327	296	240	36	133	1446
2	Витебский	34	1	35	37	19	56	229	91	320	9	4	13	2	3	5	311	118	429	—	—	—	1	2	2	1	423	429
3	Бобруйский	26	7	33	17	9	26	273	77	350	13	13	26	1	—	1	330	106	436	—	—	—	—	—	—	—	436	436
4	Могилевский	12	—	12	49	1	50	264	55	319	2	—	2	2	—	2	329	56	385	—	—	—	—	—	—	—	385	385
5	Борисовский	138	51	189	12	10	22	126	53	179	8	18	26	2	—	2	286	132	418	10	24	34	27	20	8	1	294	418
6	Слуцкий	17	1	18	3	—	3	74	34	108	—	—	—	—	—	—	94	35	129	—	—	—	—	—	—	—	129	129
7	Мозырский	40	25	65	19	2	21	146	66	212	6	3	9	4	—	4	215	96	311	—	—	—	—	—	—	—	311	311
8	Полоцкий	7	1	8	7	—	7	46	8	54	1	—	1	1	—	1	62	9	71	—	1	11	5	6	5	—	43	71
9	Червенский	26	28	51	3	4	7	55	16	71	2	4	6	2	—	2	88	49	137	—	—	—	—	—	—	—	137	137
10	Горецкий	28	1	29	12	—	12	100	7	107	—	—	—	1	—	1	141	8	149	—	—	—	—	—	—	—	149	149
	Итого	628	170	798	207	68	275	1016	690	1706	58	46	104	19	9	28	2928	983	3911	34	148	312	360	324	255	38	2440	3911

№№ по порядку	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	Белоруссы			Великороссы			Евреи		
		М.	Ж.	В.	М.	Ж.	В.	М.	Ж.	В.
1	Сельско-хозяйствен. р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	178	—	**178**	61	15	**76**	355	1	**356**
4	Деревообделочники	104	25	**129**	27	1	**28**	177	25	**202**
5	Писчебумажники	5	4	9	1	—	1	—	—	—
6	Печатники	11	2	13	2	—	2	51	14	65
	а) наборщики	6	—	6	—	—	—	27	5	32
7	Текстильщики	2	2	4	2	1	3	7	4	11
8	Швейники	9	27	**36**	2	11	**13**	134	319	**453**
9	Кожевники	65	—	**65**	28	—	**28**	713	4	**717**
	а) сапожники	59	—	59	19	—	19	330	—	330
	б) щеточ. и щетинщ.	2	—	2	—	—	—	60	2	62
10	Пищевики	9	—	**9**	1	—	**1**	41	33	**74**
11	Табачники	—	1	1	—	—	—	9	3	12
12	Химики	19	2	21	1	6	7	5	11	16
13	Стекло-фарфорщ.	35	7	**42**	9	5	**14**	8	5	**13**
14	Минеральщики	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	76	—	**76**	32	—	**32**	225	—	**225**
16	Раб. худ. пром	—	—	—	2	—	2	7	1	8
17	Железнодорож.	—	1	1	11	—	11	4	—	4
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местный транспорт	11	—	11	—	—	—	10	—	10
20	Раб. силов. установ.	9	6	15	2	1	3	17	5	22
21	Разные рабоч.	28	46	74	7	15	22	60	84	144
22	Раб. без обозн. профес.	19	6	25	6	2	8	42	23	65
23	Служащие	48	41	89	13	11	24	151	158	309
	ИТОГО	628	170	798	207	68	275	2016	690	2706

НОСТЬ И ПОЛ

Таблица № 2

Поляки			Прочие			Всего			Возраст									№№ по порядку
М.	Ж.	В.	М.	Ж.	В.	М.	Ж.	В.	15	16	17	18	19	20	Больше	Не указано	Всего	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
17	4	**21**	4	3	**7**	**615**	**23**	**638**	5	28	67	65	47	26	2	398	638	3
3	6	**9**	2	—	**2**	313	57	**370**	8	11	14	8	3	2	1	323	370	4
—	—	—	—	—	—	6	4	10	—	2	1	—	2	—	—	5	10	5
1	—	1	—	—	—	65	16	81	—	—	7	7	11	10	3	43	81	6
—	—	—	—	—	—	33	5	38	—	—	3	5	7	7	1	16	38	
—	—	—	—	—	—	11	7	18	—	—	—	3	7	4	—	4	18	7
—	3	**3**	—	—	—	145	360	**505**	4	25	68	47	38	8	14	301	505	8
9	1	**10**	3	—	**3**	818	5	**823**	6	30	75	72	57	56	16	511	823	9
6	—	6	1	—	1	415	—	415	6	21	53	39	29	27	2	238	415	
1	—	1	—	—	—	63	2	65	—	—	—	10	5	4	—	46	65	
3	—	**3**	—	—	—	51	33	**87**	—	2	2	6	9	12	—	56	87	10
—	—	—	—	—	—	9	4	13	—	—	1	3	5	3	—	1	13	11
2	4	6	—	—	—	27	23	50	1	1	3	5	3	—	—	37	50	12
15	13	**28**	1	—	**1**	68	30	**98**	—	3	5	7	7	2	—	74	98	13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
3	—	**3**	1	—	**1**	337	—	337	9	34	42	63	24	21	2	142	337	15
—	—	—	—	—	—	9	1	10	—	1	—	1	—	1	—	7	10	16
—	—	—	4	—	4	19	1	20	—	—	—	—	—	—	—	20	20	17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
—	—	—	—	—	—	21	—	21	—	1	1	4	3	1	—	11	21	19
1	—	1	—	—	—	29	12	41	—	1	1	3	9	7	1	19	41	20
—	—	—	1	6	7	96	151	247	1	5	13	36	40	41	—	111	247	21
2	1	3	2	—	2	71	32	103	—	1	4	13	20	17	1	47	103	22
2	14	16	1	—	1	215	224	439	—	3	8	17	37	44	—	330	439	23
58	46	104	19	9	28	2928	983	3911	34	148	312	360	322	255	40	2440	3911	

Жилищные

№№ по пор.	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	В одной комнате живет: 1 чел.	2 чел.	3 чел.	4 чел.	больше	Итого	П о: подвал	полуподв.
1	Сельско-хозяйственные . .	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие	- -	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	40	140	158	88	212	638	19	53
	%	28.3%		38.5		33.2	100	11%	
4	Деревообделочники . . .	24	62	73	57	154	370	17	32
	%	23.0		35.0		42	100	12	
5	Писчебумажники	—	—	2	1	7	10	—	—
6	Печатники.	3	26	22	12	18	81	—	10
	а) наборщики	3	13	11	5	6	38	—	1
7	Текстильщики	1	4	6	1	6	18	2	5
8	Швейники.	28	73	148	74	182	505	18	37
	%	20.0		44		36	100	10	
9	Кожевники	32	194	222	128	247	823	45	73
	%	27.5		42.5		30	100	14%	
	а) сапожники	17	83	112	51	152	415	28	34
	б) щеточн. и щетинщ. .	5	18	19	14	9	65	3	—
10	Пищевики	6	26	30	14	11	87	4	16
	%	36.7		50.6		12.7	100	23	
11	Табачники	—	7	5	1	—	13	—	7
12	Химики	3	7	14	12	14	50	—	—
13	Стекло-фарфорщики . . .	4	24	28	13	29	98	—	3
	%	29		42		29	100	—	—
14	Минеральщики	—	—	-	—	--	—	—	—
15	Строители	14	67	89	52	115	337	17	32
	%	24%		42		34	100	14	
16	Раб. худож. промышл. . .	1	4	2	—	3	10	—	1
17	Железнодорожники . . .	1	3	6	4	6	20	—	—
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местн. транспорт . . .	1	5	5	5	5	21	1	2
20	Раб. сил. установок. . .	5	8	12	5	11	41	2	4
21	Разные рабочие	59	54	65	27	42	247	4	23
22	Раб. без обознач. специальн.	8	22	29	17	27	103	2	8
23	Служащие	57	126	114	59	83	439	8	21
	%	41		40		19	100	6%	
	Итого . .	287	852	1030	570	1172	3911	139	327
	%	29		41%		30	100	12%	

Таблица № 3

м е щ е н и е								П р о ж и в а ю т					№ по пор.
простор.	тесное	сухое	сырое	теплое	холодное	светлое	темное	в казарме	на частн. кварт.	в общежитии	в кварт. предприним.	на частн. кварт.	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
254	384	290	348	303	335	444	194	6	488	95	12	37	3
40	60	45	55	47.5	52.5	70	30		76%				
136	234	179	191	160	210	235	135	—	285	17	48	20	4
37	63	48	52	43	57	63	37		77%		13%		
5	5	7	3	8	2	6	4	—	6	—	4	—	5
33	48	49	32	43	38	63	18	—	65	15	—	1	6
24	14	28	10	24	14	29	9	—	26	12	—	—	
7	11	8	10	7	11	9	9	—	17	—	1	—	7
168	337	242	263	214	291	375	130	—	390	95	4	16	8
33	67	48	52	42	58	74	26		77%				
362	461	396	427	374	449	497	326	—	719	59	7	38	9
44	56	48	52	45.4	54.6	60	40		87%				
119	216	208	207	190	225	268	147	—	335	46	4	30	
27	38	22	43	28	37	45	60	—	62	2	—	1	
32	55	51	36	40	47	59	28	2	83	1	1	—	10
36.8	63.2	58.6	41.4	46	54	68	32		95%				
5	8	7	6	3	10	8	5	—	12	—	—	1	11
24	28	27	23	24	26	35	15	—	49	—	1	—	12
52	46	32	66	38	60	65	33	—	52	2	43	1	13
53	47	33	67	39	61	66	34		53%		44%		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
142	195	152	185	116	221	228	109	2	269	41	3	22	15
42	58	45	55	34	66	67	33		79%				
6	4	5	5	5	5	6	4	1	6	1	—	2	16
4	16	13	7	4	16	14	6	—	7	..	13	—	17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
5	16	6	15	4	17	11	10	—	18	1	1	1	19
16	25	22	19	23	18	32	9	—	33	4	—	4	20
99	148	127	120	134	113	182	65	1	221	6	17	2	21
39	64	45	58	36	67	66	37	—	89	4	7	3	22
203	236	235	204	212	227	327	112	1	392	19	17	10	23
46	54	54	46	48	52	74	26		89%				
1592	2319	1893	2018	1748	2163	2662	1249	13	3201	360	179	158	
40.5	59.5	48	52	45	55	68	32		82%				

а) Грамотность. б) Как про

№№ по порядку	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	ОБУЧАЛИСЬ в дореволюционной школе обучались	окончили	в советской школе обучались	окончили	в профшколе обучались	окончили
1	Сельско-хозяйственные . . .	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	166	15	253	19	99	4
	%		65		—	15.5	—
4	Деревообделочники	91	4	106	5	51	—
	%		53		–	14	—
5	Писчебумажники	6	--	1	—	—	—
6	Печатники	17	—	29	1	4	4
	а) наборщики	11	—	7	—	3	3
7	Текстильщики	5	2	5	--	1	—
8	Швейники	101	8	167	14	26	—
	%		53		—	5	—
9	Кожевники	137	3	222	5	63	7
	%		43		—	7.5	—
	а) сапожники	60	3	128	2	40	1
	б) щеточники и щетинщ	14	—	16	1	7	6
10	Пищевики	21	1	10	1	1	—
	%		35		—	1%	—
11	Табачники	4	-	1	—	1	—
12	Химики	21	1	6	1	1	—
13	Стекло-фарфорщики . . .	55	4	14	2	—	—
	%		65		—	—	—
14	Минеральщики	—	—	—	—	--	--
15	Строители	95	12	156	4	36	—
	%		74		—	14	—
16	Рабочие худож. промышл. .	4	—	2	—	—	—
17	Железнодорожники	11	—	5	2	—	—
18	Водники	—	—	—	—	—	—
19	Местные транспортники . .	9	–	4	—	—	—
20	Рабочие силовых установок .	13	2	20	3	—	—
21	Разные рабочие	83	17	28	5	2	—
22	Рабочие без обозн. специальн.	41	4	27	3	2	1
23	Служащие	154	37	147	25	32	--
	%		70		—	7%	—
	Итого . .	1034	110	1203	90	319	16
		26	—	30%	—	8%	—
			56%				

водят внерабочее время

Таблица № 4

в хедере или талмудторе		% посещавших		На 100 мальчиков евреев соответств. профессии посещали хедер и талмудтору	Занятия во внерабочее время				Количество подростков	№№ по порядку
обучались	окончили	школу	школу или хедер		школа	кружки	общ. работа	физкультура		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
58	3	80.5	89.5	16	447	359	13	259	368	3
—	—	—	—	—	70	—	—	11	100	
50	2	67	81.0	27	201	155	5	98	370	4
—	—	—	—	—	54	—	—	26.5	100	
—	—	—	—	—	1	—	—	1	10	5
8	—	—	—	—	44	40	4	20	81	6
5	—	—	—	—	22	16	3	7	38	
—	—	—	—	—	15	3	—	2	18	7
55	—	58	69	41	380	268	10	192	505	8
—	—	—	—	—	75	—	—	38	100	
267	9	43	—	37	621	363	19	200	823	9
—	—	—	—	—	75	—	—	24	100	
114	2	50	83	—	327	164	9	115	415	
12	—	—	—	—	34	23	1	18	65	
13	—	36	51	31	54	45	2	17	87	10
—	—	—	—	—	62	—	—	20	100	
—	—	—	—	—	8	8	—	4	13	11
6	2	—	—	—	28	15	2	5	50	12
—	—	65	—	—	29	27	9	16	98	13
—	—	—	—	—	30	—	—	16%	100	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
39	2	88	99	17	262	149	5	91	337	15
—	—	—	—	—	77	—	—	27	100	
3	—	—	—	—	4	3	1	2	10	16
—	—	—	—	—	4	8	1	9	20	17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
1	—	—	—	—	7	3	—	1	21	19
2	—	—	—	—	18	24	2	8	41	20
6	—	—	—	—	132	107	5	24	247	21
10	2	—	—	—	36	48	4	14	103	22
35	2	77	85	23	224	204	22	108	439	23
—	—	—	—	—	51	—	—	25	100	
553	22	—	—	—	2515	1829	97	1071	3911	
14%	—	—	—	27.4	64	—	25	27.4	100	

Время и ме

№№ по порядку	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	Рабочая неделя					Время работы			
		24 ч.	36 ч.	46 ч.	Выше	Всего	Днем	Ночью	По смен.	Всего
1	Сельско-хозяйствен.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	132	143	242	102	619	616	3	—	619
4	Деревообделочв.	130	61	69	98	358	356	1	1	358
5	Писчебумажн.	1	3	3	3	10	5	—	5	10
6	Печатники	22	33	10	16	81	81	—	—	81
	а) наборщики	13	10	7	8	38	38	—	—	38
7	Текстильщики	—	1	13	4	18	18	—	—	18
8	Швейники	32	151	179	129	491	491	—	—	491
9	Кожевники	152	320	155	158	785	785	—	—	785
	а) сапожники	63	210	32	98	403	403	—	—	403
	б) щеточ. и щетинщик.	8	29	11	13	61	61	—	—	61
10	Пищевики	5	12	26	17	60	59	1	—	60
11	Табачники	—	3	9	1	13	13	—	—	13
12	Химики	—	4	5	41	50	50	—	5	50
13	Стекло-фарфор.	6	15	46	31	98	89	—	9	98
14	Минеральщики	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	96	36	78	25	235	235	—	—	235
16	Раб. худ. пром.	2	3	1	2	8	7	1	—	8
17	Железнодорож.	1	9	—	10	20	20	—	—	20
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местн. транспорт.	—	3	9	9	21	21	—	—	21
20	Раб. спл. установ.	—	21	11	7	39	24	3	12	39
21	Разн. рабочие	3	37	90	97	227	224	1	2	227
22	Раб. без обозн. спец.	3	31	20	28	82	81	—	1	82
23	Служащие	45	194	62	101	402	400	2	—	402
	ИТОГО	630	1080	1028	879	3617	3575	12	30	3617

сто работы

Таблица № 5

Работ. дополнит.				Место работы.				Занимается данной профессией									
По найм.	По св. хоз.	Не работ. доп.	Безработн.	Гос. или коопер. уч.	Част. уч.	Безраб.	Всего	До 6 мес.	До 1 г.	До 1½ л.	До 2 л.	До 2½ л.	До 3 л.	Больше	Всего	Изучило др. проф.	№№ по порядку
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
11	300	308	19	559	60	19	638	169	109	54	100	20	82	85	**619**	160	3
5	196	157	12	321	37	12	**370**	122	54	42	56	24	25	35	**358**	64	4
—	7	3	—	6	4	—	10	—	—	4	1	—	—	5	10	4	5
1	23	57	—	77	4	—	81	17	6	9	5	1	25	18	81	21	6
—	16	22	—	37	1	—	38	2	—	8	1	—	10	17	38	14	
—	7	11	—	15	3	—	18	5	7	2	1	—	1	2	18	9	7
14	218	259	14	**366**	125	14	**505**	95	70	30	71	30	137	58	**491**	103	8
4	166	615	38	**486**	299	38	**823**	202	153	47	89	20	132	142	**785**	161	9
—	81	322	12	219	184	12	415	81	64	3	31	6	127	91	403	84	
1	8	53	4	39	22	4	65	18	1	5	4	9	—	24	61	11	
—	21	39	27	**44**	16	27	**87**	31	10	1	2	3	2	11	**60**	22	10
—	5	8	—	6	7	—	13	8	2	1	1	—	—	1	13	2	11
—	44	6	—	50	—	—	50	13	8	1	4	—	2	22	50	14	12
—	50	48	—	**90**	8	—	**98**	37	14	10	12	3	10	12	98	30	13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
—	141	94	102	230	5	102	**337**	57	45	38	51	—	32	12	**235**	83	15
—	2	6	2	4	4	2	10	2	1	2	1	—	2	—	8	5	16
—	9	10	—	20	—	—	20	16	1	—	2	—	—	1	20	1	17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
—	10	11	—	20	1	—	21	12	1	2	—	—	—	6	21	9	19
1	15	23	2	39	—	2	41	16	3	6	7	—	4	3	39	18	20
1	57	169	20	119	108	20	247	64	26	7	32	6	21	71	227	61	21
5	23	54	21	79	3	21	103	23	9	6	12	3	9	20	82	32	22
10	154	238	37	**364**	38	37	**439**	**136**	66	14	43	28	28	87	**402**	140	23
52	1448	2117	294	2895	722	294	3911	1025	585	276	490	138	512	591	3617	939	

а. Состав семьи. б. Питание.

Таблица № 6

№№ по пор.	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	Состав семьи: 1 чел.	2 чел.	3 чел.	4 чел.	5 чел.	6 чел.	Больше	Всего	Питание: В семье	В столовой	Не имеют гор. п щи	Недоедают
1	Сельско - хозяйствен .	—	—	—	—	—	--	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие . . .	—	—	--	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	121	33	68	72	110	78	156	638	471	167	78	76
	0/0		33			41		26	100	74	26	12	11.5
4	Деревообделочники. .	63	33	36	46	41	42	109	370	297	73	37	35
	0/0		36			35		29	100	86	20	5.8	5.5
5	Писчебумажники . .	—	2	1	—	4	—	3	10	7	3	1	3
6	Печатники	16	9	7	8	7	14	20	81	55	26	4	12
	а) наборщики . .	9	4	3	3	3	8	8	38	24	14	—	7
7	Текстильщики . . .	3	—	1	—	6	4	4	18	16	2	5	2
8	Швейники	99	26	40	62	73	61	144	505	343	162	68	78
	0/0		33			39		28	100	68	32	13.4	15 4
9	Кожевники	118	56	76	100	115	130	228	823	637	186	49	131
	0/0		30			42		28	100	77.5	22.5	5.8	15.8
	а) сапожники . . .	77	19	36	57	59	59	108	415	309	106	28	68
	б) щеточ. и щетинщ.	7	9	9	10	8	7	15	65	54	11	4	1
10	Пищевики	9	10	11	6	7	11	33	87	78	9	7	7
	0/0		34%			26		40	100	90	10	8%	8%
11	Табачники	1	1	4	1	1	1	4	13	13	—	2	1
12	Химики	7	2	5	10	4	9	13	50	46	4	4	11
13	Стекло-фарфорщики .	14	7	13	23	9	7	25	98	82	16	10	15
	0/0		35			40		25	100	83	17	11	16
14	Минеральщики . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	48	13	21	54	57	53	91	337	257	80	36	65
	0/0		24			49		27	100	76	24	10.6	19.3
16	Раб. худож. промышл.	—	2	—	1	1	2	4	10	7	3	—	1
17	Железнодорожники. .	3	1	8	2	2	2	2	20	16	4	1	--
18	Водники	---	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местные транспорт. .	3	3	4	4	3	1	3	21	18	3	—	2
20	Раб. силов. установок .	5	2	1	11	8	5	9	41	30	11	—	3
21	Разные рабочие. . .	46	14	28	33	28	31	67	247	195	52	10	16
22	Раб. без обозн. спец. .	13	7	13	11	16	16	27	103	72	31	3	21
23	Служащие	55	26	55	61	70	58	114	439	353	86	21	55
	0/0		31			43		26	100	80.5	19.5	4.9	12
	Итого .	624	245	393	506	558	529	1056	3911	2993	918	336	534
	0/0		32			41		27	100	76 5	23.5	8.6	13.6

Всебелорусская сводка по уездам. Время и место работы

Таблица № 7

№№ по пор.	НАЗВАНИЕ УЕЗДОВ	Рабочая неделя					Время работы				Работает дополнительно			
		До 24 ч.	До 36 ч.	До 46 ч.	Выше	Всего	Днем	Ночью	По сменам	Всего	По найму	По своему хоз.	Не работает доп.	Безработ.
1	Минский	218	383	620	158	1379	1357	3	19	1379	26	559	794	67
2	Витебский	56	27	131	173	387	386	—	1	387	8	128	251	42
3	Бобруйский	63	167	78	58	366	362	1	3	366	2	117	247	70
4	Могилевский	143	124	39	43	349	349	—	—	349	—	159	190	36
5	Борисовский	30	103	70	200	403	395	2	6	403	6	229	168	15
6	Слуцкий	2	44	—	59	105	102	2	1	105	4	6	95	24
7	Мозырский	69	118	31	85	303	303	—	—	303	5	142	156	8
8	Полоцкий	9	28	—	16	53	52	1	—	53	—	7	46	18
9	Червенский	9	45	23	53	130	128	2	—	130	1	47	82	7
10	Горецкий	31	41	36	34	142	141	1	—	142	—	54	88	7
	ИТОГО	630	1080	1028	879	3617	3575	12	30	3617	52	1448	2117	294

№№ по порядку.	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ							
		Крепкое		Среднее		Слабое		Не указали	
		М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
1	Сельско-хозяйствен.	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	117	1	315	10	177	7	29	5
4	Деревообделочники	80	14	186	40	34	—	18	3
5	Писчебумажники	2	—	3	4	1	—	—	—
6	Печатники	9	1	33	9	15	2	15	1
	а) наборщики	2	—	15	4	5	1	11	—
7	Текстильщики	4	—	6	5	1	2	—	—
8	Швейники	23	130	81	206	42	37	9	9
9	Кожевники	155	1	410	2	208	1	61	1
	а) сапожники	69	—	184	—	126	—	36	—
	б) щеточн. и щетин.	24	1	29	1	5	—	4	1
10	Пищевики	16	5	18	22	1	5	19	1
11	Табачники	1	1	3	2	4	1	1	—
12	Химики	—	—	27	15	—	7	—	1
13	Стекло-фарфорщ.	22	3	33	22	7	1	6	4
14	Минеральщики	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	58	—	153	—	122	—	4	—
16	Раб. худ. промышл.	1	—	6	1	2	—	—	—
17	Железнодорожники	2	—	17	1	—	—	—	—
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местн. транспорт	7	—	9	—	4	—	1	—
20	Раб. сил установ.	4	4	13	6	12	1	—	1
21	Разные рабочие	10	55	46	67	28	27	13	1
22	Раб. без обозн. спец.	18	13	36	15	13	2	5	1
23	Служащие	37	45	115	124	55	51	8	4
	ИТОГО	566	273	1510	551	726	144	189	32

и питание

Таблица № 8

Питание: Хорошее М.	Хорошее Ж.	Умеренн. М.	Умеренн. Ж.	Плохое М.	Плохое Ж.	Не указали М.	Не указали Ж.	Неправильности телосложения: Искривлен. позвоночн. М.	Искривлен. позвоночн. Ж.	Неправильн. грудн. клетки М.	Неправильн. грудн. клетки Ж.	Увеличение желез М.	Увеличение желез Ж.	№№ по порядку
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
118	1	331	17	159	—	30		54	—	157	3	184	2	3
85	19	171	29	49	5	13	4	4	—	23	—	24	5	4
2	1	2	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5
12	4	38	8	9	—	13	1	7	1	16	3	31	2	6
6	1	15	4	2	—	9	1	2	—	7	2	14	1	
2	1	5	4	4	2	—	—	6	3	2	—	6	2	7
26	179	81	157	42	37	7	8	22	76	27	35	37	98	8
131	2	429	1	219	2	55	—	118	—	123	2	214	1	9
50	—	194	—	136	—	35	—	75	—	54	—	108	—	
14	1	37	1	8	1	3	—	8	—	7	1	22	—	
10	6	22	17	3	9	19	1	6	1	6	2	18	1	10
2	3	1	1	5	—	1	—	3	3	3	—	3	—	11
8	—	15	17	3	5	1	1	1	—	1	2	3	4	12
24	4	36	22	4	2	4	2	7	2	7	3	16	3	13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
53	—	181	—	96	—	7	—	91	—	78	—	142	—	15
2	1	6	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	16
1	—	16	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
6	—	8	—	7	—	—	—	3	—	3	—	8	—	19
3	6	19	4	7	1	—	1	4	2	6	2	12	—	20
27	66	42	61	15	20	13	3	3	4	12	50	16	22	21
13	19	40	11	11	1	7	1	1	1	6	8	24	9	22
60	67	98	133	51	23	6	1	5	4	37	13	52	18	23
585	379	1541	486	688	107	177	28	336	97	509	123	790	167	

Заболев

№№ по пор.		Кожи		Носа		Орган дыхан.		Сердца		Сосудов		Орган пищев.	
		М.	Ж.	М.	Ж	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
1	Сельско-хозяйствен.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	140	—	131	—	155	—	95	—	26	—	23	—
4	Деревообделочник.	13	1	14	3	19	2	5	1	4	1	3	1
5	Писчебумажники	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Печатники	15	1	16	2	20	1	10	—	3	—	6	—
	а) наборщики	9	1	9	1	13	—	5	—	3	—	2	—
7	Текстильщики	1	2	3	1	5	3	—	—	1	—	1	—
8	Швейники	18	38	19	42	39	80	5	53	3	9	5	29
9	Кожевники	95	2	104	3	118	10	36	—	19	3	18	1
	а) сапожники	58	—	41	—	72	2	23	—	8	—	6	—
	б) щеточн. и щетинщ.	9	2	5	3	8	6	2	—	3	2	1	—
10	Пищевики	5	3	6	3	8	—	1	—	—	—	2	—
11	Табачники	3	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
12	Химики	1	—	—	—	5	2	—	—	1	—	1	1
13	Стекло-фарфорщики	1	—	4	—	9	1	1	—	1	—	—	—
14	Минеральщики	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	34	—	49	—	54	—	8	—	5	—	7	—
16	Раб. худ. пром.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Железнодорожники	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местный транспорт.	3	—	3	—	3	—	1	—	—	—	—	—
20	Раб. силов. устан.	4	—	5	—	5	1	—	—	—	—	—	—
21	Разные рабочие	5	12	14	18	11	9	3	2	—	10	2	—
22	Раб. без обознач. проф.	9	3	18	8	5	2	1	3	—	—	1	—
23	Служащие	9	11	28	22	27	16	8	5	1	3	9	4
	ИТОГО	357	73	416	102	484	128	174	65	67	16	86	38
		430		518		612		239		83		124	
								322					

аемость

Таблица № 9

Мочев. орган.		Венер. забол.		Нервной систем.		Глаза		Уши		Орган движ.		Число обслед. подрост.	Число отмеченных заболеваний	№№ по пор.
М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.			
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		2
21	—	—	—	20	—	102	—	45	—	10	—	638	768	3
2	1	—	—	7	1	13	1	4	3	4	1	370	104	4
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10		5
5	—	1	—	2	2	16	2	7	—	4	—	81		6
4	—	1	—	2	—	7	—	4	—	1	—	38		
1	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	18		7
3	17	-	—	5	22	15	51	12	24	3	6	505	498	8
13	—	1	—	16	1	87	—	71	—	11	—	823	609	9
6	—	—	—	12	—	53	1	42	—	7	—	415		
1	—	—	—	1	—	5	—	4	—	1	—	65		
—	—	—	—	1	—	9	1	4	—	—	—	87		10
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	13		11
—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	50		12
—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	—	98		13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		14
7	—	1	—	8	—	30	—	17	—	3	—	337	223	15
1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	10		16
—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	20		17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		18
—	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	21		19
2	—	—	—	—	—	4	5	1	1	—	—	41		20
—	—	—	—	1	1	11	21	6	16	—	1	247		21
2	—	—	—	2	-	7	3	7	3	—	—	103		22
3	2	1	—	3	4	17	12	11	10	3	-	439	209	23
61	20	6	—	65	32	219	97	192	58	38	9	3911	2803	
81		**6**		**97**		**316**		**250**		**47**				

Продолжительность работы по найму

Таблица № 10

№№ по пор.	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИЙ	С каких лет приступил работать по найму													
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Не указано	Всего
1	Сельско-хоз. рабочие . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты	13	27	14	52	54	87	95	76	29	17	17	20	137	638
4	Деревообделочники . .	8	14	15	37	37	41	53	30	15	8	1	—	111	370
5	Писчебумажники . . .	—	1	—	1	—	2	3	2	1	—	—	—	—	10
6	Печатники	1	1	1	7	6	18	22	5	2	4	—	—	14	81
	а) Наборщики . . .	1	—	1	4	5	7	12	2	1	1	—	—	4	38
7	Текстильщики	1	1	2	3	—	5	2	1	—	2	—	—	1	18
8	Швейники	10	9	27	36	49	92	75	66	14	10	5	—	112	505
9	Кожевники	20	16	38	67	103	137	147	108	39	10	9	—	129	823
	а) Сапожники . . .	13	5	12	28	55	66	74	64	21	5	2	—	70	415
	б) щеточ. и щетинщ. .	2	—	4	4	8	6	13	7	2	1	—	—	18	65
10	Пищевики	7	8	10	14	14	14	8	7	—	1	—	—	4	87
11	Табачники	2	1	1	—	3	1	1	2	—	—	2	—	—	13
12	Химики	4	3	4	8	7	7	4	4	3	1	—	—	5	50
13	Стекло-фарфор. . . .	13	7	6	10	8	20	12	11	2	1	—	—	8	98
14	Минеральщики . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	3	8	10	26	44	72	64	39	20	3	9	—	39	337
16	Раб. худ. промыш. . .	—	—	—	1	—	2	2	2	—	—	—	—	3	10
17	Железнодорожники . .	—	3	—	2	4	5	4	—	1	—	—	—	1	20
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местн. транспортники . .	—	1	—	2	3	2	2	7	—	—	—	—	4	21
20	Раб. сил. устан. . . .	—	—	1	2	5	9	6	3	8	2	2	—	3	41
21	Разные рабочие . . .	24	7	10	37	30	41	30	18	19	6	—	—	25	247
22	Раб. без обозн. спец. . .	7	5	7	12	9	14	17	13	7	—	—	—	12	103
23	Служащие	20	22	16	38	38	77	47	59	18	6	9	—	89	439
	ИТОГО . .	133	134	162	355	414	646	594	453	178	71	54	20	697	3911

Заключение комиссии

Таблица № 11

№№ по порядку	НАЗВАНИЕ ПРОФЕССИИ	Направлены в амбулатории или больницы			Направлены в дома отдыха			Направлены на курорты или санатории			Переведены на более легкую работу			Количество подростков
		м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	
1	Сельско-хозяйствен. .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Горнорабочие . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Металлисты . . .	172	3	175	188	3	191	8	1	9	11	—	11	368
	%						**30**							**100**
4	Деревообделочники .	61	4	65	46	11	57	6	1	7	4	1	5	370
	%						**15**							**100**
5	Писчебумажники . .	1	—	1	1	—	1	1	—	1	2	—	2	10
6	Печатники . . .	19	—	19	25	—	25	1	—	1	—	—	—	81
	а) Наборщики . .	8	—	8	12	—	12	1	—	1	—	—	—	38
7	Текстильщики. . .	5	1	6	8	—	8	—	—	—	1	—	1	18
8	Швейники. . . .	42	88	130	39	89	128	4	5	9	4	1	5	505
	%						**25**							
9	Кожевники. . . .	191	5	196	222	4	226	15	2	17	26	—	26	823
	%						**27**							
	а) Сапожники . .	99	—	99	135	—	135	5	—	5	12	—	12	415
	б) Щетинщ. и щеточ.	11	1	12	13	4	17	2	—	2	3	—	3	65
10	Пищевики. . . .	17	7	24	10	6	16	—	—	—	—	1	1	87
	%						**18**							
11	Табачники. . . .	4	1	5	1	—	1	1	1	2	—	—	—	13
12	Химики	14	6	20	11	13	24	2	—	2	10	5	15	50
13	Стекло-фарфорщики .	15	4	19	9	3	12	4	1	5	—	—	—	98
	%						**12%**							
14	Минеральщики . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Строители	82	—	82	100	—	100	6	—	6	2	—	2	337
	%						**30**							
16	Раб. худож. пром. .	1	—	1	3	—	3	—	—	—	—	—	—	10
17	Железнодорожники .	1	—	1	2	—	2	1	—	1	—	—	—	20
18	Водники	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Местн. транспорт. .	4	—	4	6	—	6	2	—	2	—	—	—	21
20	Раб. силов. установ.	7	1	8	6	5	11	1	1	2	—	—	—	41
21	Разные рабочие . .	17	26	43	26	38	64	1	2	3	1	—	1	247
22	Раб. без обозн. спец.	23	11	34	20	8	28	2	—	2	—	—	—	103
23	Служащие	38	58	96	59	72	131	5	—	5	2	—	2	439
	%						**30**							
	ИТОГО. .	714	215	929	782	252	1034	60	14	74	63	8	71	3911
	%			**23,7**			**26**			2%				**100**

Санитарно-бытовое обследование рабочих лесопильных заводов №№ 1 и 2 „Двинолеса“.[1]

Врач Бессмертный.

На лесопильном заводе № 1, трехрамный завод, работает в 2 смены 270 человек рабочих и служащих. Лесопильный завод № 2 в настоящий сезон за неимением сырья не работает. В августе м-це я внес в Завком предложение об обследовании рабочих в смысле санитарном и бытовом и для таковой обследования представил исчерпывающую анкету, предусматривавшую все детали быта рабочих. Основанием для указанной анкеты мне послужила анкета Секции врачей Витебского Губотдела Союза Всемедсантруд. Но Завком признал ее слишком громоздкой и предложил свою анкету, настолько краткую, что я категорически отказался от таковой, полагая, что если уже и проделать работу—то, по крайней мере, добиться известных плодотворных результатов. Решено было, наконец, на компромиссной анкете, выработанной мною, образец которой я при сем представляю.

Конечно, указанная анкета имеет много недочетов:

1. Не выясняется профессия рабочего в течение всей его жизни, т. к. таковая, под влиянием тех или иных обстоятельств, могла и меняться, например: я знаю плотников, бывших раньше булочниками, работающих сейчас на нашем заводе.

2. Самоучка—понятие довольно неопределенное, т. к. иной самоучка учился действительно без помощи других, другого-же учили родные или знакомые: не определяет оно и пределов полученного образования: в это понятие можно вложить и полуграмотных и довольно порядочную начитанность.

3. В квартирной части нет указаний на высоту помещений; отношения площади окон—к площади пола; не выясняется характер и степень необходимого ремонта; нет указаний, как помещаются дети; нет детализации меблировки рабочей квартиры.

Можно было-бы указать еще много недочетов указанной анкеты, но я ограничился перечислением только наиболее важных.

Для проведения этой анкеты Завкомом была выделена Комиссия из 3-х лиц, включая и меня. Члены комиссии посещали рабочих на дому, лично обследовали помещения и лично опрашивали рабочих. Работа эта, принимая во внимание разбросанность рабочих квартир по всему городу и сравнительную подробность анкеты, отнимала в среднем не меньше 1 часа на каждую анкету. Началась эта работа 15-го сентября и закончилась 15-го ноября—всего было проведено 94 анкеты. Пришлось-же работу эту прекратить ввиду закрытия завода за неимением сырья. Этот вынужденный перерыв в работе был предвиден заранее и потому вся работа велась с таким расчетом, чтобы обследовать по возможности все квалификации рабочих, сохранив их количественное отношение, действительное для дан-

[1]) Материал, легший в основу настоящей статьи, слишком недостаточен для каких либо выводов. Ред. её помещает как ценный сырой материал.

Ред.

ного завода, и по возможности во всех частях города, где группируются рабочие. Этим было достигнуто то, что, несмотря на проведение 40 проц. задачи, выводы данной анкеты можно смело перенести на всю рабочую массу завода, что было подтверждено на моем докладе в Завкоме в полной мере всеми членами Завкома. Цифры получились типичные и характерные для нашего завода. Знающие жизнь и быт рабочей массы деревообделочников, несомненно, в этом убедятся, если эта статья попадет им на глаза. При обследовании, конечно, не обходилось и без комических случаев, особенно со стороны женщин—жен рабочих, принимавших нас за финагентов и за уголовный розыск и за милицию; были попытки в соответствующем духе давать свои показания, к сетованиям на свое бедственное положение; были попытки и на счет пособия и на счет новой квартиры. В некоторых дворах (нерабочих), не разобрав дела, предусмотрительно запирали ворота. Правда, это было только первые дни, а потом нас уже знали. Мы не можем поручиться и за правдивость ответов, в особенности на некоторые щекотливые вопросы, например: о расходах на напитки, о побочном заработке, о заработке других членов семьи, о помощи из деревни, о религиозных потребностях и т. п.—Зная лично рабочих и их жизнь, нам подчас удавалось и выудить более правдивые ответы, но, несомненно, не совсем близкие к истине. В общем-же анкета прошла более, чем удовлетворительно и выводы анкеты соответствуют, безусловно, действительности и при расчетах и обсуждениях в Союзе Деревообделочников цифры эти представляют несомненный интерес.

Разбор анкеты.

Всего анкет—94. Мужчин—91, женщин—3. Распространяя это на всю массу рабочих, мы те-же самые процентные отношения, т. е. 97 проц. и 3 проц. имеем и среди всей массы. Такое незначительное количество женщин в лесопильном производстве не должно удивлять нас, если принять во внимание характер работы на лесопильном заводе. Труд еще на такого рода заводах мало механизирован и сам по себе чрезвычайно тяжелый; рабочие имеют дело с огромными кряжами, с тяжелыми досками — тут женщине не место и поэтому их сравнительно мало. Кряжекатами, относчиками, податчиками к раме, рамщиками могут быть только мужчины. Женщины же работают у ополков, у килек, у собачки. Там труд ей под стать, под женскую силу.

Национальность:

евреев	— 20	челов., т. е.	. .	21 проц.
латышей	— 3	„ „ „	. .	3 „
поляков	— 14	„ „ „	. .	15 „
русских	— 57	„ „ „	. .	61 „

Такие-же взаимоотношения по национальности типичны и для всей массы рабочих.

Родной язык: Родным языком мы считаем тот, на котором рабочие и его семья говорят дома.

На еврейском языке говорят	—20	рабочих, т. е.	21 проц.
„ русском „ „	—66	„ „ „	71 „
„ польском „ „	— 8	„ „ „	8 „

Характерно, что латыши говорят на русском языке. Тоже и часть поляков. В большинстве это следует об'яснить смешанными браками.

Родина: Родиной мы обозначали ту страну, откуда данный человек происходит.

Из Польши происходят 4 человека, из Литвы—10 челов., из Латвии—8 челов., из разных углов России—72 человека.

Семейное положение:

Холостых	— 21 челов.	т. е.	22 проц.
Женатых	— 72 „	„ „	77 „
Вдовых	— 1 вдова	„ „	1 „

Участие в войне:

В гражданской войне участвовало	— 44 челов.,	т. е.	46 проц.
„ царской „ „	— 53 „	„ „	56 „
„ обеих войнах „	— 30 „	„ „	32 „
Вовсе не было на военной службе	— 28 „	„ „	30 „

Характерно, что около 30 проц. не участвовало ни в гражданской, ни в царской войне; большинство из них работало в заводах на оборону.

Имущественное положение: собственников имеется всего 7 человек, т. е. 8 проц.

Все они владеют маленькими домиками, деревенского образца на 1—2 квартиры. Одним словом горе-собственники. Маргариновые собственники. С интересным случаем собственности встретился я, когда посетил домик тов. Анзеля. Представьте себе избушку в одну комнату, 3/4 которой занимает русская печь с лежанкой и в сущности является вопрос, строилась ли печь для избы, или изба для печи. У печи на соломе лежит ребенок, а другой ребенок во дворе.

Грамотность:

Безграмотных	6 челов.,	т. е.	6½ проц.
грамотных	88 „	„ „	93 „
из них:			
окончило ликпункт	— 2 человек,	т. е.	2 проц.
„ нач. училище	—11 „	„ „	12 „
„ дух. училище	— 8 „	„ „	9 „
„ сред уч. зав.	— 3 „	„ „	3 „
самоучек	—70 „	„ „	74 „

Таким образом, неграмотных—6½ проц. В этом смысле Союзом Деревообделочников принимались все меры к тому, чтобы искоренить неграмотность; но текучесть состава рабочей массы лесопильных заводов сильно тормозила это дело. Несмотря на то, что за последние 3 года окончило ликпункты на заводе около 30 человек, в данный момент из таковых на заводе работает всего 2 человека, т. е. 2 проц. к числу анкет и 5 проц. для всей рабочей массы. Огромное же количество самоучек об'ясняется тем, что мы в это понятие включили всех тех, кто не учился в той или иной школе. Интересна цифра окончивших духовное училище—9 проц.

Специальность: На заводе работают следующие специалисты:

Лесных спецов	2 чел.	Зеймерщиков	2 чел.
Хлебопеков	3 „	Кочегаров	2 „
Булочников	1 „	Выдувальщик. стекол	1 „
Сверловщиков	1 „	Столяров	4 „
Машинистов	1 „	Заготовщиков	1 „
Плотников	1 „	Токарь	1 „
Строгальщиков	1 „	Сапер	1 „
Кондитеров	1 „	Шапочников	1 „
Конторщиков	2 „	Ткач	1 „
Печников	1 „	Библиотек.	1 „
Рамщиков	5 „	Меховщик	1 „
Бухгалтеров	1 „	Живописец	1 „
Кровельщиков	2 „	Матрасник	1 „
Слесарей	6 „		

Итак, как видите, полное смешение всяких специальностей. Это знаменательно для производства в настоящее время вообще, а для лесопильного, не требующего особенной квалификации и спецификации, в особенности. Из них 32 проц. работает не по своей специальности Выполняемая работа на заводе распределяется следующим образом:

Чернорабоч.	70 чел.,	т. е. 74	проц.	Кочегаров	3 чел.	т. е. 3	проц.
слесарей	2	„ „ „ 2	„	Рамщиков	5 „	„ „ 5	„
строгальщик.	1	„ „ „ 1	„	Сторожей	6 „	„ „ 6	„
Кучеров.	1	„ „ „ 1	„	Кладовщик.	1 „	„ „ 1	„
Зеймерщиков	1	„ „ „ 1	„	Столяров	4 „	„ „ 4	„

Повторяю—не работает по специальности—32 проц. рабочих. Как это должно отозваться на производительности труда и качестве производства - можно себе представить. И если нам не удастся сохранить кадр рабочих (а при постоянных сокращениях значительная часть рабочих уходит в другие производства и с каждым сезоном приходится набирать новый кадр), то едва-ли удастся довести производительность труда и продуктивность завода, а следовательно и выгодность ее до до-военных пределов. Я знаю, как врач заводов, бывшего библиотекаря, бывшего шапочника и заготовщика, работающих в настоящее время, как кряжекаты. Понятно, что от таких лиц не физического или почти—не физического труда, трудно ожидать должной производительности и успешности работ. С точки зрения—медицинской, перенапряжение сил у таких работников, желающих при сдельщине выработать больший заработок, ведет к полному их истощению, частым обращениям в Страховую Кассу и переводу в разряд инвалидов.

Семья: Самая многочисленная семья рабочего по данным анкет отмечается в 7 человек. Общее количество иждивенцев по всем 94 анкетам—211 челов., т. е. в среднем по $2^1/_4$ человека иждивенцев на каждого активного рабочего. Следовательно, семья рабочего в среднем $3^1/_4$ человека. И при всех дальнейших расчетах мы будем исходить из основной цифры рабочей семьи в $3^1/_4$ человека.

Дети: детей—138 человек, из них 61 челов., т. е. 44 проц. больных и слабых. Распределяются заболевания следующим образом:

эксудативный диатез	— 5	чел., т. е.	4	проц.
рахит.	12	„ „ „	8	„
малокровных	25	„ „ „	18	„
туберкулез	6	„ „ „	4	„
золотушных	4	„ „ „	3	„
бронхит	3	„ „ „	2	„
ревматизм	3	„ „ „	2	„
неврозов	3	„ „ „	2	„

Особенная болезненность рабочих детей с первых моментов моей работы на заводе ярко бросалась в глаза. Особенно много малокровных и рахитичных. Тут есть широкое поле деятельности для дела охраны материнства и младенчества, т. к. в значительной степени болезненность об'ясняется скверным помещением для детей, неправильным и слишком долгим кормлением материнской грудью, неумелым переходом с груди на обыкновенное молоко, недостаточным кормлением, и полным отсутствием элементарных понятий о гигиене ребенка и кормящей матери. Гастриты, энтериты у детей и грудницы у матери чрезвычайно частое явление на заводе, хоть в последние годы этих случаев меньше и обращения по этому поводу к врачу своевременны, что дает благоприятные результаты лечения—конечно под влиянием соответствующей санитарно-

просветительной деятельности за последние 2 года. В частности, значительный процент рахита у рабочих об'ясняется тем, что пища рабочего бедна вообще кальцием, т. к. наиболее употребительная пища у рабочего— это постное масло, картофель, капуста, все—вещи, чрезвычайно бедные кальцием.

Квартирный вопрос.

Приступая к обзору этого чрезвычайно важного отдела анкеты, необходимо предварительно снова оговориться на счет тех недочетов, которые представляет в этом смысле анкета по причинам, изложенным выше. Но на основании личного наблюдения хотелось-бы сказать несколько слов и про те стороны квартирного вопроса, которые не отмечены в анкете. Высота потолков в огромном большинстве не более 4-х аршин и в этом отношении отмечается резкая разница между городскими квартирами и окраинными; тип последних во всех отношениях приближается к деревенским со всеми его недостатками. В дальнейшем будет встречаться определение „темная" комната: надо это понимать, как недостаток света, но не полное отсутствие его; только в 2-х случаях мы встретились с полным отсутствием окон, но только в одной из 2-х комнат, имевшихся в распоряжении данной рабочей семьи. Как максимум, отмечаем квартиру из 3-х комнат у рабочих высшей квалификации; как минимум угол. Конечно, угол, как помещение мы находим у холостых, хотя имеется один случай, когда рабочая семья из 2-х человек занимала угол. Следует отметить, что под углом мы обозначали часть помещения, не огороженную, если тут-же в той-же комнате помещались и посторонние люди. Если-же часть комнаты была отгорожена, то это отмечалось в анкете, как полкомнаты. Вот цифры занимаемых помещений, отдельно для холостых и отдельно для семейных.

„Углы"—занимают 7 человек, т. е. 33 проц. ½ комнаты—15 проц. по 1 комнате—52 проц.

Женатые—максимум 3 комнаты—минимум угол. Угол занимает одна семья из 2-х чел., 1/2 комнаты—3 чел.—4 проц., 1 комнату—52 чел., т. е. 71 проц., 2 комнаты—14 чел., т. е. 19 проц и 3 комнаты—4 чел., т. е. 5 проц.

Площадь (исчисляется на каждого человека в отдельности). Максимум 3 сажени на человека; минимум 1/3 саж., меньше 1 саж. занимают 27 чел.=29 проц., 1 сажень и больше, но меньше 2-х саж.—59 ч =62%, 2 сажени и больше 8 чел., т. е. 81/2 проц.

Следовательно, меньше 2-х саж. занимают 911/2 проц. рабочих семей, из них 29 проц. имеют меньше половины положенной площади. Необходимо принять во внимание низость потолков, скрадывание части площади в большей части домов русскими печами с лежанками, чтобы получить общее впечатление о квартирном вопросе у рабочих.

Освещение помещений. Темных комнат—16 проц., принимая термин „темная" в смысле недостаточности освещения, так как я об этом упомянул раньше. Электричеством пользуется 9 чел., т. е. 10 проц. рабочих, необходимо прибавить 12 чел., т. е. 13 проц., пользующихся электричеством на заводе, следовательно, всего электричеством пользуется 25 проц. рабочих. На заводе рабочие пользуются электрическим светом только во время работы завода, в остальное время жгут керосин.

Стоимость квартир. Бесплатно пользуется квартирами 25 рабочих семей, т. е. 27 проц. Минимальная оплата—15 коп., максимальная 5 руб. в месяц, средняя стоимость квартиры, исчисленная по отношению всей массы рабочих—1 р. 50 коп. в месяц.

Водоснабжение. Водопроводом пользуется 19 рабочих семейств, т. е. 20 проц., речной водой 25 семейств -- 27 проц., колодезной водой 50 семейств—53 проц.

Очистка. Во всех квартирах во дворе имеются простые выгребные ямы, которые периодически опорожняются.

Ремонт. В ремонте нуждаются 43 рабочие квартиры, т. е. 45 проц. всего количества; большей частью ремонт довольно основательный, как, например, починка крыш, переделка печей, перекройка пола. К сожалению, по приведенным выше обстоятельствам, невозможно было детализировать вопрос о ремонте.

Отопление. Огромное большинство рабочих пользуется обрезками, покупая или принося понемногу бесплатно на себе с завода. Только 6 проц. покупает дрова со стороны В общем на недостаток отопительного материала никто из рабочих не жаловался.

Квартирные удобства. Квартирных удобств нет ни в одной рабочей квартире. В городских рабочих квартирах, где ванные и теплые уборные имеются, таковые настолько испорчены, что рабочему не под силу их ремонтировать.

Санитарное состояние. Удовлетворительное санитарное состояние рабочей квартиры отмечено в 29 случаях, т. е. 31 проц. Неудовлетворительное в 65 случаях, т. е. 69 проц. При выяснении причин такого печального обстоятельства, жены рабочих оправдывались тем, что при перегруженности их большой хозяйственной работой и необходимостью ухода за детьми, при плохом питании—нет никакой возможности выделить время для достаточного ухода за помещением. В особенности следует отметить антисанитарное состояние кладовых и корридоров и ходов помещений.

Санитарное состояние дворов. В удовлетворительном санитарном состоянии отмечено 17 дворов, не в удовлетворительном—77 дворов, т. е. 82 проц.

Центр и окраины. Из отмеченных в анкетах рабочих семейств проживает: в центре 12 семейств, т. е. 13 проц., на заводе 12 семейств, т. е. 13 проц., по окраин. 70 семейств, т. е. 74 проц. Эти цифры вполне соответствуют расположению рабочих квартир для всей массы рабочих на заводе.

Расстояние от службы. Максимум 4 версты; минимум—завод.

Если подсчитать все то расстояние, которое проделывают рабочие согласно 94 анкет, чтобы попасть на службу, то получится интересная цифра—123 версты, а если ее перенести на всю массу рабочих, то получим 310 в , если же подсчитать ходьбу туда и обратно, то получится цифра в 620 верст Для перевода потерянной на ходьбу рабочей силы я прибегну к следующему способу. Полагая рабочий день равным однодневному солдатскому походу в 25 верст, цифра в 620 верст даст нам 24 рабочих дня, следовательно, ежедневно рабочие завода теряют рабочей силы только на одну ходьбу, достаточное для 24 рабочих дней. При обсуждении вопроса о производительности труда необходимо это обстоятельство принять к сугубому вниманию, так как трата рабочей силы на ходьбу не может не отразиться на производительности его труда. Усталый рабочий, безусловно, не даст той продуктивности, какую дает живущий на заводе рабочий. Старые фабриканты учитывали это обстоятельство, строя квартиры для рабочих, так как они этим, безусловно, увеличивали производительность завода. Так как теперь принято представлять для рабочих городские дома в качестве квартир, то необходимо для лесопильных за-

водов, находящихся на окраине города, сделать в этом смысле исключение и приступить к постройке домов в районе завода, так как затрата на эти постройки окупится в течение короткого времени, поднятием производительности труда.

БЮДЖЕТ РАБОЧЕГО.

Заработок. Максимум—75 руб., минимум—22 руб, средний заработок—**33 р. 25 к.**

Побочные доходы. На вопрос о побочном доходе везде мы получали отрицательный ответ, только в двух случаях был указан доход в 4 руб., как арендная плата за помещение.

Доходы пассивных членов семьи. Только четыре положительных ответа—3 руб., 27 руб., 8 руб. и 3 руб. по расчету на месяц.

Помощь со стороны. От всех отрицательный ответ.

РАСХОД.

Квартира. Как указано выше, квартира рабочему обходится в среднем 1 р. 50 к. в месяц.

Топливо. Бесплатно пользуются топливом 29 рабочих, т. е. 31 проц., остальные указывают цифры расхода от 1 руб. до 7 руб. Средний подсчет дал цифру в 2 р. 15 к. в месяц на топливо.

Платье и белье. По указанному расходу было чрезвычайно трудно добиться каких либо цифр вообще, а по расчету на месяц в особенности, Цифры, которые будут указаны ниже, безусловно приблизительные, но средняя цифра, по отзывам рабочих—близкая к истине. 21 анкета совершенно не отвечает на этот вопрос за невозможностью добиться ответа. Как максимальная цифра указывается—15 руб., как минимальная—1 руб. в месяц, в среднем получается, что рабочий тратит на одежду и белье 6 р. 50 к. в месяц.

Курение. 16 рабочих не курит, т. е. 17 проц. Курит же 78 человек, т. е. 83 проц. Тратится на курение как максимум 15 руб. в месяц, как минимум 80 коп., средняя цифра по отношению только к курящим, получается в 1 руб. 75 к. помесячно на рабочего, если же взять среднюю цифру на всю массу рабочих, опрошенных анкетой, получится цифра в 1 руб. 75 коп.

Напитки. Конечно, на этот вопрос анкеты получались часто отрицательные ответы там, где мы доподлинно знали, что напитки, безусловно, употребляются, но несмотря на наши настояния, рабочими это обстоятельство категорически отрицалось, в некоторых случаях удавалось выудить кое какой ответ, конечно, не совсем близкий к истине. Положительный ответ дали 15 чел со средней цифрой затратой на напитки в месяц в 1 р. 20 к. Если же разбросать эту сумму на всех 94 рабочих, то получится средняя цифра в 20 к. в месяц на человека.

Баня. Баней заводской пользуется 29 чел., т. е. 31 проц., остальные пользуются городской баней и тратят на это от 50 коп. в месяц до 2 р. 50 к., в среднем 1 р. 10 к. на рабочую семью.

Газета. Выписывает газету 74 рабочих, т. е. 79 проц. Тратят на это в среднем 70 коп. в месяц.

Зрелища. Посещают театры и кинематографы всего 26 человек, т. е. 27 проц. рабочих. Средняя цифра затраты на зрелища по расчету на посещающих 1 р. 50 коп. в месяц; по расчету же на всю анкету 45 коп. в месяц.

Религиозные потребности. Все анкеты дают отрицательные ответы. Не думаю, чтобы это соответствовало истине, по крайней мере для рабочей семьи, т. е. по отношению к женам рабочих. В некоторых рабочих избах иконы в углах указывали на то, что религиозные предрассудки не совсем оставлены рабочей семьей. Возможно, что жены рабочих скрывают это обстоятельство, т. е. затрату на религиозные надобности, от мужей, и производят их втихомолку.

Общественные расходы. Общественных расходов, т. е. отчисление в Союз, в различные общества, на различные компании не менее 6 проц. своего заработка. Это обстоятельство должно заинтересовать Профсоюзы, если принять во внимание, что законом запрещено отчисление от рабочего заработка больше 4-х проц.

Образование детей. Учатся дети в 15 рабочих семьях, т. е. в 16 проц. Минимум тратится 25 коп. на рабочую семью в месяц, максимум 3 рубля. Средняя цифра по расчету на все 94 рабочие семьи получится 25 коп. в месяц. Следовательно, рабочий бюджет складывается:

П Р И Х О Д.

(В месяц)—заработная плата 33 руб. 25 коп.

Р А С Х О Д.

Квартира	1 руб.	50 коп.	Зрелище	— руб.	45 коп.
Топливо	2 „	15 „	Образование детей	— „	25 „
Платье	6 „	50 „	Еда	17 „	55 „
Курение	1 „	50 „	и обществ. расходы	2 проц.	
Напитки	— „	20 „			
Баня	1 „	10 „			
Газета	— „	50 „			

Питание рабочих. Пища употребляется три раза в день. Утром до работы, в обеденный перерыв на работе и обед после работы. Горячая пища—один раз в день, в обед.

Мясо. Мясо ежедневно употребляет 37 рабочих семей, т. е. 39 проц., совсем не употребляет мяса 2 рабочие семьи, т. е. 2 проц., средняя же цифра дает употребление мяса 3 раза в неделю на рабочую семью.

Жиры. Не употребляет вовсе жиров, за исключением, конечно, жиров, заключающихся простейших продуктов, как хлеб, картофель и т. д. около 6 проц. В среднем же, рабочий употребляет 1/8 фунта постного масла в день на семью.

Вот пищевой режим (за день) рабочей семьи, типичного состава и среднего заработка.

хлеба чернаго	6 ф.	4500 кал.
„ белого	1 „	1000 „
Мяса	1 „	380 „
Картофель	10 „	2600 „
Сахар	1/4 „	400 „
Крупа	1/2 „	640 „
Сало свиное	1/4 ф.	700 кал.
Итого		10220 кал.

Полагая семью из 2-х взрослых и ребенка (1/2 нормы)—получится калорийность рабочего в 4080 кал., т. е. меньше нормы физического труда на 500 калор.

Распределение дня у рабочего.

Ходьба на службу. На ходьбу тратится до 2-х часов туда и обратно для некоторых рабочих, живущих в 4-х верстах от завода, в среднем на каждого рабочего 3/4 часа на ходьбу туда и обратно.

Хозяйство. Хозяйничают дома 37 человек, т. е. 39 проц., затрачивая на хозяйничание как максимум 5 часов, в среднем, по отношению к указанным 37 человекам, по 2 часа 40 минут; по отношению же ко всей массе анкет—1 час в день.

Самообразование. Самообразованием занимается 49 человек, т. е. 52 проц. Следовательно, не занимается самообразованием 48 проц. Максимально затрачивается в день 4 часа, в среднем по отношению к указанным 49 чел. по 1 часу 20 мин. на чел., по отношению же ко всем анкетам 42 мин. на человека.

Занятие с детьми. С детьми приходится заниматься 34 чел., т. е. 36 проц., в среднем по 1 часу 20 мин. на челов., а по отношению ко всем анкетам 50 минут.

Общественные функции. Аккуратно и систематически выполняют указанные функции 58 чел., т. е. 62 проц. рабочих, остальные ходят на собрания случайно и редко. Затрачивается на это в среднем на все анкеты—по 1/2 часа в день.

Газеты. Газету читают 83 чел., т. е. 88 проц., в среднем по 1/2 часа в день.

Литература. Читают исключительно политического характера, по политической грамоте, около 34 рабочих, т. е. 36 проц., затрачивая по 1/4 часа в день.

Спорт. Спортом занимается 4 чел., максимально затрачивая по расчету на каждый день по 1 часу в день.

Сон. Максимум 10 час., минимум 4 1/2 часа. Средняя цифра 6 часов.

Бюджет времени. Следовательно, рабочий распределяет день следующим образом: работа—8 час., ходьба—45 мин., хозяйство—1 час, самообразование—42 мин., с детьми 50 мин., общественные функции—1/2 час., газета—1/2 часа, литература—1/4 часа и сон 6 часов. Остальное время не поддается учету.

Состояние активных членов в смысле здоровья.

Слабых и больных 27 чел., т. е. 29%, здоровых 67, 71 проц.

По болезням распределяются так:

туберкулез . . .	5 чел.	„ 5 %
малокровие. . .	11 „	„ 12 „
бронхитов . . .	4 „	т. е. 4 „
пороков сердца .	2 „	„ 2 „
неврозов . . .	2 „	„ 2 „
заболевание почек	1 „	„ 1 „
желудочн. заболев.	2 „	„ 2 „

Об организации глазной помощи в сельских местностях [1].

Врач ЭММЕ.

Выступая перед Вами с настоящим докладом, долгом считаю заранее извиниться, что вынужден буду в целях более полного и ясного освещения разбираемого вопроса не раз выходить за пределы, допускаемые темой. Затем я должен указать, что вопрос этот, хотя уже неоднократно дебатировался на с‘ездах и совещаниях (в 1889 г. на 3-ем Пироговском с‘езде, в 1907 году на Могилевском Губс‘езде врачей и в Гомеле на 4-м Губс‘езде участковых врачей и уполгубздравов в октябре 1923 г.), однако до сих пор еще не получил исчерпывающего разрешения. Думаю все же, что настоящий с‘езд общими усилиями собравшегося здесь коллектива умело подойдет к удовлетворительному его разрешению.

Когда говорят о социальных болезнях, то обычно понимают «туберкулез», «венеру» и «алкоголизм». Понятие это, однако, в настоящее время необходимо значительно расширить, придав к названной триаде еще целый ряд заболеваний, тесно и неразрывно связанных с социально-бытовым укладом рабочего и крестьянина. Если это так, то трахома с бесконечно длинной цепью ее осложнений до слепоты включительно должна быть включена в эту плеяду, и вот по каким соображениям. Острые и подострые заразные болезни, по сколько они разрешаются благоприятно, лишь в сравнительно редких случаях ведут к стойкой потере трудоспособности и инвалидности. Трахома же уже с самого начала принимает хроническое затяжное течение, вследствие чего на многие месяцы и годы выбивает одержимых ею из рядов трудящихся, тем самым увеличивая кадры инвалидов, ложащихся тяжелым бременем на государство и общество.

Став на такую точку зрения, постараемся выяснить степень распространения трахомы, этого глазного показателя неблагополучия населения, в отношении глазных заболеваний по отдельным областям и губерниям СССР.

По данным из отчета о состоянии народного здравия в России Управления главного врачебного инспектора за 1914 год заболеваемость трахомой выразилась в следующей таблице:

	Зарегистрировано больных трахомой:	На 10000 жителей
1909 год . . .	796.704	57,3
1910 „ . . .	853.156	60,6
1911 „ . . .	892 463 (абсолютные цифры)	62,3
1912 „ . . .	910.668	62,2
1913 „ . . .	972 012	65,2
1914 „ . . .	891.368	59,2

Из зарегистрированных в 1914 году трахоматозных больных 609.161 или 68 проц. зарегистрировано врачами и 282.207 или 32 проц.—фельдшерами.

---

[1] Помещается доклад Д-ра Эмме, который по техническим условиям не был прочитан на состоявшемся 10 апреля с. г. Всебелорусском участковом с‘езде врачей.

Ред.

В больницах за указанный год пользовано 26.952 трахоматозных больных, что составляет лишь 3 проц. всех зарегистрированных.

Отдельные области и губернии по относительным числам зарегистрированных случаев трахомы распределяются в следующем порядке:

На 10000 зарегистрировано „трахомой“:

	Всего	Врачами
Могилевская губ.	287,5 (278)	152,9
Бакинское град.	243,2 (351,2)	243,2
Витебская губ.	209,6 (208,2)	130,9
Вятская „	191,9 (190,7)	122,4
Псковская „	148,2 (146,5)	96,2
Казанская „	144,5 (160,4)	90,1
Якутская область.	108,5 (68,2)	62,5
Эриванская губ.	102,9 (145,6)	85,7
Симбирская „	102,4 (91,1)	69,4
Самарская „	93,4 (115,1)	68,6
Саратовская „	88,2 (90,8)	74,8
Уфимская „	68,6 (64,0)	50,2
Минская „	57,9 (72,9)	23,2
Кубанская область	47,0 (40,3)	22,7
Волынская губ.	34,3 (45,7)	22,6
Черноморская „	18,8 (37,7)	16,8
Тульская „	7,0 (9,1)	6,4
Кутаисская „	1,6 (1,9)	1,2

Примечание: в скобках приведены цифры 1913 года.

Итак, старая статистика говорит, что наибольшие относительные числа трахоматозных приходятся в Европейской России на губернии: Гомельскую, бывш. Могилевскую, Витебскую, Псковскую, Вятскую и Казанскую, на Кавказе на Эриванскую губ. и в Сибири на Якутскую область.

Хотя в моем распоряжении, к сожалению, не было новейших статистических материалов, касающихся нашего предмета, тем не менее, если учесть последовавшие за 1914 годом крупные исторические события (война, революция, гражданская война) отразившиеся на всех областях хозяйственно-экономической жизни страны, то уже априори можно сказать, что положение с чрезмерно широким ростом трахомы в СССР нисколько не изменилось к лучшему, а вернее ухудшилось.

Итак, неумолимая статистика, отводя Могилевщине первое, а Витебщине третье место по распространению трахомы, устанавливает полное неблагополучие БССР в этом отношении, тем самым делая нам серьезное предупреждение. А потому: „будем готовы“.

Причин широкого развития в нашей Республике трахомы и связанных с нею других глазных заболеваний много, главнейшие же из них следующие:

1. Полное невежество крестьянских, а отчасти и рабочих масс в области профилактики вообще и глазной в частности.

2. Жилищные условия: а) обычно единственная, в редких случаях просторная, жилая изба, б) полное отсутствие вентиляции, плохое освещение, нерациональное устройство отопления и т. п.

3. Вредные, исстари укоренившиеся навыки сельского населения, тесно связанные с самым укладом их домашнего быта. Сюда нужно отнести: а) совмещение всех повседневных функций в одной жилой избе, служащей и для ночного отдыха, и для дневного пребывания, и для хранения, изготовления приема пищи, а в местностях с развитыми кустарными, зачастую чрезвычайно вредными промыслами, как гончарное, ткацкое, шаповальное и др., и для устройства соответствующих верстаков и мастерских; б) обы-

чай кормления, а весьма часто и содержания в жилых или тесно примыкающих к ним помещениях домашних животных и птиц.

4. Недостаточная, плохо налаженная и лишенная строго планового характера организация глазной лечебной помощи в Белоруссии вообще и в сельских местностях в особенности, что, в связи с недостатком специалистов и полной неподготовленностью к глазной работе большей части занятых в участках врачей и другого персонала, предоставляет широкое поле для беспрепятственного развития в наших весках глазных болезней и прежде всего трахомы. И, наконец,

5. Отсутствие хорошо разработанных методов и форм для точного учета и регистрации глазных больных, без чего не может быть данных для суждения о степени их распространения в отдельных районах Республики, и для правильного в связи с этим распределения имеющихся в распоряжении Наркомздрава противотрахомных материальных рессурсов и живых сил.

Из сказанного с достаточной ясностью вытекает, что борьба с глазными болезнями и прежде всего с трахомой, чтобы дать положительные результаты, должна строго координироваться с вышеприведенными причинными моментами.

Все начинания в области организации глазной помощи населению в сельских местностях Республики распадаются на две группы: 1) мероприятия общественно-профилактического характера, так сказать, коренные и 2) меры специально-лечебные—вспомогательные.

Первая группа—это поднятие общего культурно-экономического уровня сельского населения путем: а) скорейшей ликвидации общей неграмотности, б) расширения круга знаний его в областях элементарной гигиены, личной и общественной профилактики, профессиональной гигиены, охраны труда и пр., в) вовлечения широких масс крестьянства в дело санитарного строительства через санитарные советы, сантройки, больничные участковые комиссии и друг. аналогичные организации и, наконец, г) путем неуклонного проведения в жизнь декретов, касающихся жилищного строительства и фабричного законодательства. Задачи, изложенные в первых двух пунктах, уже по самому своему существу принадлежат органам Наробраза и Здравоохранения и должны проводиться через школы, политпросветы, профилактические отделы Окрздравов и их мелкие ячейки на районах—мед-участки. Что касается пункта г, то включенные сюда задания подлежат разрешению Государственных учреждений, органов Землеустройства, Партийных и профессиональных организаций, до сих пор, к сожалению, уделявших слишком мало внимания чрезвычайно важному делу профессиональных вредностей, связанных с фабричными и кустарными производствами и делу жилищного строительства в деревне. Ведь деревня наша переживает сейчас исторический период перехода к новым социальным формам землепользования и на наших глазах, как грибы, выростают новые поселки и хутора и в то же время мы на каждом шагу продолжаем еще видеть в новых населенных пунктах старого типа жилые помещения —халупы с гробовым содержанием в них воздуха, без вентиляции с подслеповатыми окнами—щелями и с целым рядом других разрушающих здоровье жилищно-санитарных дефектов. Этому явлению незамедлительно должен быть положен предел.

Вторая группа начинаний, предусматриваемых организационным планом глазной помощи сельскому населению—это самая система и виды окулистической лечебной помощи.

Весьма крупным недостатком существующей до сих пор лечебной помощи глазным больным в условиях сельской обстановки, является отсутствие прочно установленных принципов, положенных в ее основу и

единства взглядов на этот предмет не только среди руководителей органов здравоохранения, но и среди врачей специалистов и участковых. Большинство администраторов, поддерживаемое определенной группой врачей специалистов и общественников, обнаруживает еще до сих пор резкий уклон в сторону придания окулистической помощи в деревне характера ударности, базирующейся на раз'ездной системе. Другая, меньшая группа администраторов и большинство врачей общественников и специалистов, исходя из основного положения, что раз'ездная система, как свойственная исключительно низшим формам лечебной организации, никоим образом не может быть применима к специальному лечению глазных больных, являющемуся самой высшей формой стационарной организации, считает единственно правильным строить окулистическую лечебную помощь по принципу стационарному, мыслимому, как сеть постоянно работающих окулистических лечебных пунктов.

Остановимся несколько на так называемых „летучих глазных отрядах", имеющих значительное число сторонников. Форма эта, однако, при всей кажущейся на первый взгляд целесообразности, все же не может быть рекомендована, как радикальный способ разрешения вопроса о рациональной подаче окулистической помощи сельскому населению нашей Республики уже по одному тому, что содержит в себе элементы раз'ездной системы, только что нами осужденной и является лечебной организацией, работающей не постоянно, а временно—периодически.

Для подтверждения своего вывода дам историческую справку из деятельности основателя, так сказать, родоначальника летучих глазных отрядов—„Попечительства о слепых". Эта, работавшая с 1898 года крупная окулистическая организация, обслуживавшая многие пораженные трахомой районы России почти исключительно летучими, подвижными отрядами, число которых достигало до 37, уже в следующем, 1899 году, под влиянием сознания преимуществ постоянных местных пунктов перед временными хотя-бы и лучше обставленными специальными отрядами, начала ежегодно уменьшать число посылаемых отрядов, увеличивая в то же время число постоянных пунктов при участковых больницах. В результате через 6 лет при новом направлении, т. е. при уменьшении числа отрядов и увеличении пунктов, годичная деятельность увеличилась более, чем в 2 раза, не смотря на уменьшение числа отрядов тоже вдвое. Мне думается, что приведенная справка окончательно разубедит сторонников летучей глазной помощи, которые, находясь под обоянием действительно колоссальной работы, особенно оперативной, проделываемой летучками в периоды их работы в деревнях, совершенно забывают об отрицательных сторонах этой системы. Возьмем для примера хотя бы тот факт, что отряды, после блестящего двух-трех месячного выступления, оставляют на долгие месяцы, а иногда и годы население обслуживаемых ими районов совершенно без всякой помощи и, если нет на месте постоянной, хотя бы и менее квалифицированной глазной организации, то вся проделанная ими работа сводится почти к нулю.

Также неосновательна и форма глазной лечпомощи в виде института так называемых раз'ездных или стационарно-раз'ездных окулистов, обязанных или постоянно в течение года раз'езжать по отдельным пунктам порученных им обычно очень обширных районов для приема глазных больных, или проводить в раз'ездах только определенное число месяцев, а остальное время вести постоянную работу в назначенных им для жительства пунктах. Этот институт, как система, нелеп уже по одному тому, что является недопустимым смешение двух несовместимых элементов высшего и низшего порядка.

Итак, проделанная критическая оценка различных принципов и форм лечебных окулистических систем, поддержанная опытом прошлого, не оставляет более сомнения, что ни летучие глазные отряды, ни институт раз'ездных и стационарно-раз'ездных окулистов губернских, уездных-районных не заслуживают серьезного внимания, чтобы быть положенными в основу плановой специальной лечебной окулистической организации сельскому населению Республики. А если это так, если принятие раз'ездной системы есть ложный путь к правильному разрешению стоящей перед нами задачи, то естественным выводом отсюда будет признание, что самым совершенным видом этой организации должна считаться сеть постоянных, стационарных, хорошо оборудованных и обставленных всем необходимым для глазной работы, пунктов.

Отсюда, однако, еще не следует, что мы, не считаясь ни с экономическим, ни с прочими соображениями, собираемся сейчас создать эту сеть, затратить громадные средства для ее оборудования и пригласить для работы целый кадр врачей—специалистов. Вовсе нет, ибо такое разрешение вопроса было бы вредно для всего медико санитарного дела республики, обреченное заранее на неуспех утопией. Мною мыслится система пунктовой окулистической организации, как постепенное, строго продуманное приспособление основной лечебно-санитарной ячейки участка к специальной окулистической работе и при том без затраты громадных средств на оплату специалистов, приобретение дорогой обстановки и оборудования, а лишь путем создания своих специалистов из ряда участковых, преданных делу сельской медицины, врачей, пропуская их через свои же Центральные курсы или посылая их для усовершенствования по глазным болезням в клиники. Комплектование кадра подготовленных для глазной работы врачей может быть достигнуто и подбором таковых при замещении вакантных должностей в участках.

Ставя в то же время в более или менее подходящие условия для развития ими окулистической работы, понимая под последними соответствующее оборудование отведенных для пунктов помещений, снабжение их медикаментами, инструментами, приборами и пр. и укрепляя в то же время общую работу участка, нам в течение сравнительно небольшого времени удастся настолько приблизить глазную помощь к населению, что только в самых исключительных случаях, как сложные операции, ему придется искать ее вне пределов своего участка.

Теперь позволю себе остановиться еще на одной форме лечебной окулистической организации, имеющей своих приверженцев, главным образом, среди врачей окулистов,—это институт так называемых окружных или районных глазных лечебниц, повышенного типа с амбулаторией и койками для госпитализации глазных больных по одной на каждый округ. Во главе каждой такой лечебницы уже ставится обязательно высоко квалифицированный окулист.

Институт этот является особенно целесообразным для пораженных трахомой округов. И должен рассматриваться, как вспомогательная форма к системе сети приуроченных к участкам окулистических пунктов.

Заканчиваю свой доклад следующими положениями:

1. Заболеваемость трахомой по статистическим данным 1914 года выразилась по всему СССР в 891.368, что составляло 59,2 на 10.000 жителей, при чем Могилевская и Витебская губернии стояли: первая: на первом месте, а вторая на третьем. На те же 10.000 в Могилевской губернии приходилось 287,5, а в Витебской 209,6 больных трахомой.

2. Глазные болезни вообще и трахома в особенности, как явление тесно и неразрывно связанное с социально экономическим укладом быта рабочих и крестьян, должны быть причислены к болезням социальным.

4

3. Главные причины громадной заболеваемости трахомой вообще в СССР и в Белоруссии в частности таковы: а) низкий общий культурный уровень сельского населения и в частности еще не изжитое его санитарное невежество, б) полное незнакомство широких крестьянских масс с основными элементами жилищного строительства, в связи с чем возводимые на поселках и хуторах жилые строения, за малыми исключениями, сохраняют в неизменном виде все старые санитарные дефекты, как-то: тесноту, плохое освещение, отсутствие вентиляции и т. п., в) традиционные обычаи и навыки в домашнем обиходе сельского населения, г) недостаточность и неналаженность окулистической помощи сельскому населению в связи с малым количеством на местах специалистов и крайне слабой подготовкой по глазным болезням участкового персонала, в частности врачей, лишенных к тому же необходимых для продуктивной работы условий и материальных средств, д) отсутствие хорошо разработанных форм для специальной регистрации и учета глазной заболеваемости на местах, не дающее возможности для суждения о степени развития трахомы и других глазных болезней по отдельным районам.

4. Борьба с трахомой и другими глазными болезнями должна строго координироваться с вызывающими их широкое распространение причинными моментами, изложенными в пункте 3-м.

5. Все начинания в области борьбы с глазной заболеваемостью распадаются на две существенные группы: а) меры общественно-профилактические и б) собственно-лечебные. К первой группе отношу поднятие общей культурности населения, ликвидацию санитарной неграмотности широких крестьянских масс, личную и общественную профилактику и, наконец, точное и неуклонное проведение в жизнь декретов, относящихся к фабричному законодательству и жилищному строительству.

6. Меры, отнесенные к первой группе в части, касающейся общекультурной и санитарно-просветительной работы, должны быть осуществляемы соответствующими органами Наробраза, Окздравов; что же касается жилищного строительства, то забота об этом должна быть делом заинтересованных в оздоровлении новой деревни государственных учреждений, партийных и профессиональных организаций.

7. Существенный недостаток организации окулистической помощи сельскому населению БССР — это отсутствие в ней строго установленных принципов и единства взглядов не только среди руководителей здравоохранения на местах, но и в среде врачей общественников и окулистов.

8. Специальная окулистическая помощь сельскому населению есть самая высшая форма стационарной организации, а потому и не может быть строиться по раз'ездной системе, свойственной только низшим формам сельской врачебной организации.

9. По основаниям, изложенным в предыдущем параграфе, летучие глазные отряды есть явление ненормальное, а потому и вводить их, как систему в план окулистической организации Республики, нет ни малейших оснований.

Можно рекомендовать отрядную летучую помощь лишь в самых исключительных случаях для особенно сильно пораженных трахомой районов и то лишь до прочного установления стационарной глазной помощи.

10. Также не состоятелен институт раз'ездных и стационарно-раз'ездных окулистов. Нелеп он, как система, уже по одному тому, что является недопустимым смешением двух несовместимых элементов высшего и низшего порядков.

11. Отказавшись по высказанным соображениям от „летучих глазных отрядов“ и института раз'ездных окулистов, как нецелесообразной меры в деле правильной организации окулистической помощи сельскому населению республики, мы мыслим себе исчерпывающее разрешение этого вопроса лишь при условии, если будем исходить из основных положений участковой медицины. В связи с этим, самая совершенная форма окулистической организации представится в виде равномерно покрывающей округа сети хорошо оборудованных и тесно связанных с общей участковой сетью постоянных окулистических пунктов. Так будет достигнуто и единство участковой работы и доступность для населения специальной глазной помощи одновременно с укреплением в его глазах авторитета участкового врача.

12. Способы достижения вышеуказанной окулистической организации мыслится не как приглашение в участки особых врачей специалистов, что было бы не посильно для бюджета Здравоохранения, а как систематическая, проводимая, по возможности ускоренным темпом, подготовка наличного кадра участковых врачей к глазной работе и подбор подготовленных для этого работников при замещении свободных вакансий врачей и другого персонала в участках и, наконец, как улучшение условий в участковых больницах, необходимых для успешного ведения глазной работы.

13. Институт окружных и районных глазных лечебниц повышенного типа должен рассматриваться, как весьма целесообразная вспомогательная мера в общем плане окулистической помощи сельскому населению Республики. Максимум полезной работы этих лечебниц мыслится, однако, лишь в широком развитии сети децентрализованных участковых окулистических пунктов.

К эпидемиологии и профилактике бешенства в Белоруссии и о методах антирабических прививок.

(Из антирабического отделения Белорусского Пастеровского Института. Директор проф. Б. Я. Эльберт.)

Проф. Б. Я. Эльберт, д-р И. А. Сутин и д-р Б. М Иовелев.

До второй половины XIX века собачье бешенство было широко распространено во всей Европе и принимало временами характер настоящих пандемий. Такие массовые эпизоотии бешенства среди животных, а от них, следовательно, заболевания у людей, наблюдались напр. в Германии: в 1851 году в Гамбурге, в 1852 г. в Берлине, в 1861 г. в Рейнской области, в 1865-66 г. в Саксонии. В начале XX века, благодаря целесообразной организации борьбы с бешенством путем законодательных мер против собак, в большинстве Западно-Европейских государств (Германия, Австрия, Франция, Бельгия и друг.) бешенство значительно сократилось, а в других странах (Англия, Скандинавия) исчезло почти совсем.

Главный эндемический очаг бешенства в Европе в настоящее время—Россия, где ежегодное количество бешеных животных, а также число лиц, укушенных бешеными животными, далеко превосходит цифры других стран. За отсутствием в России статистических данных о заболеваемости различных животных бешенством, приходится судить о размерах и об интенсивности эпизоотий по данным Пастеровских станций, которые до некоторой степени выражают общую картину распространения бешенства. С открытием Пастеровских станций, в первые годы количество укушенных, обращавшихся за предохранительными прививками, было весьма незначительно. Так в 1886 г. цифра эта равнялась 360. Постепенно, одновременно с ростом числа пастеровских станций, росло и число лиц, обращавшихся к ним за помощью:—в 1912 году цифра укушенных достигает 37 935; далее в 1916 г.—мы имеем максимальную цифру обращаемости—45.966, а за годы революции и гражданских войн цифры эти несколько упали, составляя в годы с 19 по 22-ой, в среднем, около 20.000 человек. В настоящее время нужно принять среднюю цифру укушенных в течение года равной 35,000 чел., что составляет приблизит. 1 укушенный на 4000 ч. населения СССР. Одновременно, в Германии мы имеем за последние годы 2000-3000 чел., укушенных в течение года. Понижение числа обращавшихся за помощью в 19-20-21 г., повидимому, об'ясняется не уменьшением общего числа укушенных и эпидемии бешенства вообще, а общими тяжелыми условиями времени революции и гражданской войны, когда были самые неблагоприятные условия для поездки на лечение. Об этом говорит также цифра увеличившихся укусов бешеными людьми, которая с 0,09 проц. в прежние годы дошла до 1,5 проц. Возможно также допустить и некоторое падение эпизоотий среди животных, когда в голодные 19-21 годы погибло много собак и кошек, — главных распространителей бешенства.

Бешенство получило широкое распространение и в Белоруссии. Если мы рассмотрим таблицу движения числа укушенных и поступавших на излечение за последние годы, то и тут заметим те же явления, какие имели место по всей России. Из отчета Минской Пастеровской станции и из материалов антирабического отделения Белорусского Пастеровского Института видим следующее:

Таблица № 1

	Минская Пастеровская станция									Белорусский Пастеровск. Институт	
Год .	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920/1921	с 16 июня 1922	1925	1924	по 1-е марта 1925
Число укушенных	658	794	1441	Сведений нет			Пастеров. станц не функционировала.	259	487	1235	282

В 1914—15—16 г. Минская Пастеровская станция обслуживала целиком всю прежнюю Минскую губернию. Кроме того, 10-15 проц. этого количества составляли иногубернские больные. В 1922 и 1925 году одновременно с Минском существовала Пастеровская станция, сначала в Могилеве, а затем в Гомеле.

В целях изучения вопроса о распространенности и роста эпидемии бешенства в Белоруссии, мы использовали материалы антирабического отделения Белорусского Пастеровского Института за время с 16-го июня 1922 года по 1 марта 1925 года. Всего за истекший период времени прошло укушенных бешеными животными 2255 человек, их коих

Таблица № 2

Распределение по полу	Всего	% общ. числа
Мужчин	1020	45
Женщин	688	30
Детей до 10 лет . . .	547	25

В общем цифры распределения по полу и возрасту вполне совпадают с данными других институтов, т. е. замечается значительное преобладание среди укушенных взрослых мужчин, что можно об'яснить тем, что в большинстве кусают собаки „набеглые", т. е. или бродячие, или сбежавшие из чужих деревень.

Картина поступления укушенных по отдельным месяцам рисуется в следующем виде:

Таблица № 3

1922-ой год							1923-ий год											
С 16 июня по 1 июля	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
22	55	38	48	20	29	47	39	36	37	37	42	62	38	48	62	40	24	22

Таблица № 3. (Продолжение)

1924-ый год												1925-й год	
Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль
49	50	60	74	100	127	151	133	130	166	94	101	102	180

Как видно из таблицы, нельзя установить какой нибудь закономерности и зависимости между количеством укушенных и временами года, вопреки принятому раньше мнению о том, что в весенние и летние м-цы увеличивается количество бешеных животных, а следовательно и укушенных. То же мы видим из отчетов других пастеровских станций. Под'ем же цифры поступления укушенных, начиная с апреля—мая 1924 г., нужно об'яснить во-первых: присоединением к Белоруссии новых округов и направлением из них укушенных в Минск; во-вторых: возрастающая цифра поступления укушенных из одних и тех же мест, особенно за последние 2 месяца—февраль и март (данные не приведены), говорит за *безусловное расширение и увеличение эпидемии бешенства.*

Из местностей Белоруссии наиболее пораженными являются: город Минск, который дает за отчетный период 487 укушенных, Бобруйский окр., и, особенно, Могилевский округ, который с 1 апреля 1924 года, т. е. меньше, чем за год, дал почти столько же укушенных, сколько считавшийся ранее самым пораженным Бобруйский округ за 2 с половиной года. Последние месяцы Могилевский округ дает почти половину всех укушенных: так, в декабре месяце из Могилевского округа было 43 укушенных, в январе 35, а в феврале месяце 98 чел., т. е. больше половины всех лиц, подвергавшихся предохранительным прививкам. Если мы возьмем цифры укушенных и подвергавшихся лечению в Минской Пастеровской станции в 1914-15-16 г. г., то оказывается, что за эти три года было 166 человек жителей г. Минска, т. е. в три раза меньше, чем за последние отчетные годы. В этом отношении в г. Минске наблюдаются те же явления, кои отмечены и в других больших городах; так в Москве за 1914 год было укушенных жителей гор. Москвы—961 чел, а в 1922 г. эта цифра поднялась до 1897 чел., несмотря на общее уменьшение населения. Это же явление отмечают и целый ряд других институтов, т. е. увеличение городского элемента среди укушенных. Причин, повидимому, две: первая: масса бродячих собак в городах, с которыми абсолютно не ведется никакой борьбы, отсутствие всякого ветеринарного надзора; вторая: большая скученность населения в городах по сравнению с местечками или деревнями и, естественно, поэтому, что при прочих равных условиях на бешеную собаку в городе приходится большее количество жертв, как среди людей, так и среди собак. Так, в октябре м-це 1924 года, сорвавшаяся с привязи бешеная собака в течение 2 дней перекусала в гор. около 30 лиц и множество собак, а всего в октябре месяце количество городских пациентов дошло до 50 человек. В общем, в городе мы имеем почти регулярные уже месячные появления то тут, то там бешеных собак и неизменно связанных с ними укушенных людей. Наученное горьким опытом население само принимает кой-какие предупредительные меры, в случае появления подозрительных симптомов у собаки; изолирует их, обращается за советом в Институт или к ветеринарному врачу и т. д.; и все-же цифры укушенных по городу Минску за последние месяцы не имеют тенденций к уменьшению; так в ноябре 7 чел, в декабре—10, в январе—14, в феврале—18 чел.

В общем, мы имеем по городу Минску громадную цифру укушенных, а именно 2 укушенных на 1000 человек населения. Вся же картина распределения укушенных по отдельным районам Белоруссии представляется в следующем виде:

Таблица № 4

За время с 22 июня 1922 г. по 1 марта 1925 года подверглось предохранительным прививкам

НАИМЕНОВАНИЕ РАЙОНА	Количество укушенных
гор. Минск	487
Минский округ (без гор. Минска)	283
Бобруйский округ	496
Могилевский округ	460
Борисовский округ	168
Слуцкий округ	156
Мозырский округ	105
Калининский округ	44
Оршанский округ	36
Гомельский уезд	7
Брянская губ.	5
Речицкий уезд	4
Витебский уезд	3
Станция Бахмач	1

Приведенные цифры вряд ли соответствуют действительному количеству укушенных в том или другом районе. Ни Мозырский, ни Калининский округ не являются более благополучными по бешенству сравнительно с другими округами. Большая отдаленность этих районов от Минска, забитость населения и расцвет знахарства способствует тому, что здесь немалое число укушенных не едет лечиться вовсе, а прибегает к своим домашним средствам. Особенно скверно обстоит дело в летнюю пору, когда крестьянин с трудом отрывается на три недели от дома, от поля и луга. В бытность одного из нас летом минувшего года, в Мозырском округе, были посланы на излечение в Минск несколько крестьян, укушенных бешеными собаками; ни один, как оказалось впоследствии, так и не поехал. Среди них, как выяснилось позднее, были случаи rabies. Люди умирают от нелеченного бешенства, часто без установленного диагноза, не придают укусу значения и забывают, что когда-то они были покусаны „набеглою" собакой. По одному Мозырскому округу нам известно о 5 смертных случаях от бешенства. Такое же явление отмечают и другие институты; так, в отчете Иркутской Пастеровской станции за 10 лет мы находим, что из Якутской области за это время не прибыл для предохранительного лечения ни один укушенный. Интересно, что эти лица лечатся своим „собственным" способом, употребляя в пищу, часто в качестве „лекарства", мозг убитого бешеного животного.

Время явки укушенного на пастеровскую станцию, как известно, играет колоссальную роль в смысле предсказания. Чем раньше укушенный явился для производства антирабических прививок, тем, конечно, больше шансов на благоприятный исход лечения. И с этой точки зрения в Белоруссии дело обстоит неблагополучно.

Если до войны на русские пастеровские станции, в среднем, являлось на 2-ой неделе 9 проц. всех укушенных, то во время войны цифра явившихся на 2-ой неделе дошла до 18 проц., а за время 1918-22 г.— цифра эта достигает для явившихся на 2-ой неделе 32 проц., а на 3-й неделе 22 проц. В общем мы имеем следующую сравнительную таблицу:

Таблица 5

ЯВИЛОСЬ НА:	1-ой неделе	2-ой неделе	3-ей неделе
В процентах			
в 1886—1914 году	85	9	6
в 1914—18 году	72	18	10
в 1918—22 году	**56**	**32**	**22**

Причина поздней явки укушенных во время войны, революции и гражданских войн, ясна: расстроенный транспорт, тяжелые материальные условия, необеспеченность приезжих квартирой, пищей и т. д. Из отдельных отчетов пастеровских станций видим ту же картину. Так Одесская Пастеровская станция отмечает, что в период с

Таблица 6

1908 по 1917 год явилось на	1-й неделе	86,7%
» » »	2-й неделе	10,9%
в 1922 году » »	1-й неделе	69,9%
» » »	2-й неделе	23%

В местностях, где станции обслуживают слишком обширный район, ко всем прочим причинам присоединяется еще дальность расстояния, и там поздняя явка укушенных,—есть явление **регулярное.** Так в отчете Иркутской стан. цифры времени явки укушенных на излечение следующие:

Таблица 7

	Явилось на 1-ой неделе	на 2-ой неделе	на 3-ей неделе	позже 3-х недель
	В процентах			
Иркутская станция	53,5	35,2	7,4	3,9
Колыванская станц (Томской губ.).	22,1	41	18	18,9

Вследствие неправильного расположения Колыванской Пастеровской станции по отношению к обслуживаемому ей району, она была закрыта и переведена в Томск, ибо некоторые районы были настолько отдалены от Колывани, что при самых быстрых способах передвижения нельзя было успеть явиться на пастеровскую станцию раньше, чем на 10—12-ый день. Что касается Белоруссии, то здесь мы имеем следующие данные о прибытии укушенных на Минскую Пастеровскую станцию:

Таблица 8

ЯВИЛОСЪ:	на 1-ой неделе	на 2-ой неделе	на 3-ей неделе и позже
В процентах			
в 1914 году	74	22	4
в 1915 »	71	26	3
в 1916 »	81	14	5
или в среднем	75	21	4

Ввиду того, что Минская Пастеровская станция обслуживала на 90 проц. жителей одной Минской губернии, приведенный процент поздно явившихся нужно признать весьма высоким. Еще менее утешительны данные последнего времени; за отчетный период с 16-го июня 1922 года по 1-ое марта 1925 года явилось для прививок в Белорусский Пастеровский Институт:

Таблица 9

на 1-ой неделе	на 2-ой неделе	на 3-ей неделе
В процентах		
68	26	6

Прибытие больного с тяжелыми укусами на 4-й, 5-й день после укуса ни в коем случае нельзя считать своевременным, а явка его на 6-й, 7-й день—это уже значительное опоздание, ставящее под сомнение исход лечения. Имеются даже пастеровские институты, вовсе не принимающие на излечение лиц, кои прибыли позже, чем через 10 дней после укуса (Ferran в Африке).

Данные, собранные Диатроптовым, весьма ярко рисуют картину зависимости, например, процента смертности от времени явки укушенного на пастеровскую станцию.

Из числа явившихся:

Таблица 10

на 1-ой неделе	4602 лиц	умерло 26 чел.	или 0,56%
на 2-ой »	961 »	» 16 »	» 1,66%
на 3-ей »	313 »	» 10 »	» 3,19%

Район обслуживания Белорусским Пастеровским Институтом обнимает в настоящее время почти всю Белоруссию, за исключением Витебского, Полоцкого и части Оршанского округа. Но и самые отдаленные районы отстают от города Минска на расстоянии не больше 2—3-х дней езды, и при бесплатном проезде для самих укушенных и льготном для провожатых, мы вправе были бы ожидать более своевременной явки укушенного на пастеровскую станцию. Постановка дела посылки укушенного на местах еще не вполне удовлетворительна; больной должен сначала отправиться в райисполком, оттуда подводой или пешком в окружной город, где он опять теряет один-два дня в ожидании получения бесплатного проезда и оттуда прибывает в институт для лечения. Процедура эта отнимает у него много времени, а каждый лишний день может сыграть для укушенного роковую роль.

Как известно, главным передатчиком и распространителем бешенства является собака, за ней идет кошка, волк и домашние животные. Средние данные о характере кусавшего животного по русским пастеровским станциям следующие:

укусы собаками . . . 88 проц.
„ кошками . . . 8 „
„ волками . . . 2 „
„ прочими животными . 2 „

Отдельные станции дают большую вариацию этих цифр, особенно, в сторону изменения числа укусов волком. Так было:

Таблица 11

	ЦИФРЫ УКУСОВ			
	в Ленинграде	в Москве	в Одессе	в Иркутске
Собаками. . . .	91,4 проц.	88,6 проц.	94 проц.	90,3 проц.
Кошками . . .	6,9 „	8,2 „	4,4 „	3,9 „
Волками	0,1 „	0,3 „	0,25 „	3,7 „

Данные по Белорусскому Пастеровскому Институту следующие:

Таблица 12

укусы собаками . .	84	проц.
„ кошками . .	7	„
„ коровами . .	4,6	„
„ волками . .	0,9	„

Таким образом, процент укушеных бешеными волками весьма высок, гораздо выше, чем в Ленинграде или Москве, и ниже чем в Иркутске, которая, как и Самарская станция, относится к „волчьим“ станциям.

Укусы бешеным волком считаются самыми опасными. Нелеченные случаи дают 80—90 проц. смертности, а у леченных—редуцированная смертность по Babes'у и Коцевалову равна 6,6 проц. - 6,7 проц. По отчету Одесской Пастеровской станции на 65 укушенных бешеными волками, погибло 15 человек, что составило общую смертность—23 проц., и редуцированную смертность—6,1 проц.; из 20 умерших на Иркутской Пастеровской станции 11 человек были искусанные волками. По материалам Белорусского Пастеровского Института было лиц, укушенных бешеными волками, 21 человек, из коих умерло 2, что составляет общую смертность 9,5 проц.; эти оба случая, однако, выпадают из общей статистики смертности, так как погибли раньше двух недель со дня окончания прививок (т. о. редуцированная смертность = 0 проц.).

Сравнительно большой процент (4,6 проц.) дают укусы коровами, лошадьми, свиньями, а также человеком.

Было искусано и ослюнено:

Таблица 13

Коровами . . .	103	челов.	или	4,6	проц. общ. числа
Лошадьми . . .	38	„	„	1,6	„ „ „
Свиньями . . .	22	„	„	1	„ „ „
Людьми . . .	9	„	„	0,4	„ „ „
Мышами и крысами .	8	„	„	0,35	„ „ „
Овцой и козой . .	3	„	„	0,15	„ „ „

Причина такого большого количества, укушенных домашними хозяйственными животными, заключается в тесном общении белорусского крестьянина с домашним скотом; далее в том, что при отсутствии ветеринарного надзора, скот, искусанный набеглыми собаками на поле или на дворе, не изолируется, не убивается, а лечится домашними „испытанными“ средствами, „заговоренным хлебом“ и т. д. и, в случае заболевания животного, каждый считает долгом помогать лечить: в рот лазят, язык тащут, прижигают прыщики под языком и т. д. А в результате—большой проц. ослюненных и укушенных.

По месту и по тяжести—укусы распределяются следующим образом:

Таблица 14

Место укуса.	Белорусский Пастеровск. Институт	Средние данные других русских Пастеров. станций
Рука.	53 проц.	56,9 проц.
Нога	39 „	31 „
Лицо и голова .	4 „	7,2 „
Туловище . . .	5 „	4,9 „

Спрашивается, сколько из прививавшихся было действительно искусано бешеными животными. Babes, на 4206 укушенных, считает, что укушенных безусловно бешеными животными приходится 64 процента.

Аккер — — — на большом материале исчисляет в 75 проц.
Пальмирский и Карловский 90 „
Одесса и Иркутск 80 „

Обычно принято прибывающих для прививок распределять по категориям: А, В и С, где к категории А относятся случаи с доказанным лабораторно бешенством (тельца Negri или экспериментальное исследование) к категории В—случаи с доказанным ветеринарным диагнозом и к категории С—случаи, где бешенство только предполагается. В то время, как, например, в Германских Институтах первые две категории превосходят значительно категорию С, в русских пастеровских станциях, категория С продолжает оставаться самой многочисленной. Если до войны, категория В давала в России все-таки значительный процент, то за последнее время, в связи с ослаблением ветеринарного надзора, эта категория по своей численности уступила категория С. Несмотря на это, общий процент безусловно бешеных животных нужно считать не ниже 80 проц. Так, на Иркутской Пастеровской станции из 20 лиц, умерших от водобоязни,—11 человек принадлежало к категории С. По отчету Одесской Пастеровской станции имеем такие же данные; так смертность среди лиц из категории А=0,39 проц., В=0,34 проц. и С=0,42 проц.

В Германии каждое лицо, укушенное бешеным животным (если животное поймано), обязано привезти с собою голову убитого или околевшего животного, а также записку от ветеринарного врача с диагнозом; в наших же условиях материал редко попадает в лабораторию для исследования.

Общее распределение укушенных по категориям представляется в следующем виде:

Таблица 15

Города	Годы	Категории		
		A	B	C
		в процентах		
Берлин	1905—08 г.	67,6	6,4	26
Париж	1902—15 г.	18,9	44,3	36,8
Мадрид	1902—11 г.	38,8	4,5	56,7
Одесса	1887—922 г.	8,8	18,6	72,6
Харьков	1888—1908 г.	8,5	10	81,5
Москва	1915 г.	1,2	42,6	56,2
Самара	1886—1908 г.	9,2	41,8	49

Несмотря на столь различные цифры, как мы уже указали выше, процент вероятного бешенства укусивших животных у нас также чрезвычайно высок, несмотря на отсутствие точной лабораторной диагностики. Материалы Белорусского Пастеровского Института, относящиеся к гор. Минску, дают 98 проц. по категориям А и В. Доставленные для исследования за последние 4 месяца головы собак дали 100 процентов положительных телец Negri; иногородние—дали 75 процентов. Во всяком

случае, считая процент бешеных животных около 80-ти проц. и исходя из самой скромной статистики—Pasteur'a и—Högyes'a 15 проц. смертности в случае нелеченного бешенства, *мы имеем около 300 лиц, обязанных своей жизнью своевременно принятым антирабическим прививкам.*

Самое главное в пастеровском деле—это правильно поставленная статистика, т. е. получение через несколько месяцев сведений от укушенных, окончивших курс лечения, ибо работать, не получая сведений о судьбе всех, подвергшихся прививкам, значит, работать вслепую. В этом отношении нам не только трудно угнаться за постановкой дела, напр. в Германии, но даже за тем, что существовало и в России до войны. В Германии, каждый, прошедший курс лечения, поступает под наблюдение участкового врача, который в течение года обязан следить за его здоровьем и сообщать о нем сведения в Пастеровский Институт. В России же, как отмечает в своем отчете Жуковский, 99 проц. всех пастеровских станций в годы 1918—1922 отмечают полное отсутствие всяких сведений о судьбе укушенных, прошедших через их станции. На Минской Пастеровской станции точно также до 1923 года не собирались сведения о здоровье подвергшихся прививкам, и только с осени 1923 года Белорусским Пастеровским Институтом приступлено к рассылке на места анкет через местные органы власти, после того, как попытки использовать для этой цели органы Здравоохранения окончились неудачно, (анкеты где-то застряли и пришлось вторично посылать обычным путем новые анкеты). В настоящее время Белорусский Пастеровский Институт имеет свыше 1.200 анкетных ответов, причем смерть от бешенства отмечена в 4-х случаях.

1-ый случай—больной Голуб Тит—32 лет из Борисовского округа, укушен в нос и ногу бешеным волком 11 апреля 1923 года, поступил на излечение 14 апреля, т. е. на 4-ый день. Заболел 4-го мая, умер 8-го мая в Лошницкой больнице; диагноз Lyssa; здесь имелся тяжелый укус (волком) и поздняя явка; так как больной заболел на 20-й день от начала прививок, то случай этот входит в статистику общей смертности и должен быть исключен при исчислении проц. редуцированной смертности.

2-ой случай—больной Вершок Михаил, 52 л. из Борисовского округа, укушен в щеку и руку бешеным волком 12 апреля—явился 16 апреля, т. е. на 5-й день, заболел через неделю по окончании лечения, т. е. как и первый случай, исключается из проц. редуцированной смертности.

3-ий случай—больная Фенюк К., 28 л. жительница гор. Минска, ослюнение руки (и лица?) слюной (с кровью) бешеной собаки 2 окт. 25 г., поступила на лечение 4 октября, заболела 15 октября, скончалась 19 октября 1924 г. в нервной клинике (проф. Кроль) до истечения 30 дней от начала лечения, т. е. исключается из проц. редуцированной смертности.

4-ый случай—больной Иванов Степан, 23 л. из Оршанского округа, укушен бешеной собакой за палец 5-го февраля 1925 г., *явился на 10-й день* после укуса, заболел 8 марта, умер от бешенства 13 марта 1925 г. в г. Минске во 2-ой больнице.

Таким образом, общая смертность составляет 0,33 проц., а редуцированная—0 проц.

Ниже мы приводим для сравнения данные других институтов:

Таблица 16

Смертность от бешенства:				
Случаи нелеченные		Случаи леченные:		
		Города	Общая	Редуциров.
			в процентах	
По данным Pasteur'a . .	15,7 проц.	Берлин	0,86	0,43
„ Högyes'a . .	15—16 „	Харьков	0,89	0,47
		Константинополь . .	1,45	0,27
„ Oppolzer (заведомо бешеные животные)	50 „	Одесса	0,4	0,07
		Самара	1,18	0,53
		Варшава	0,5	0,4
Укусы бешен волком .	80—90 „	Минск	0,33	0

Особого внимания заслуживает случай, имевший место в Пастеровском Институте, а именно: поражения нижних конечностей у пациента, ослюненного бешеной собакой и принявшего курс предохранительных прививок.

Больной А—в В. А. 36 лет, по профессии ветеринарный врач, был ослюнен в глаз бешеной собакой, обратился 13-III-25 г. на 3-ий день после ослюнения в институт для производства предохранительных прививок. Курс лечения окончил 28-III-25 г. Как во время лечения, так и после чувствовал себя совершенно здоровым. 28 го августа, т. е. спустя 5 месяцев, больной почувствовал неловкость в левой ноге, как будто она стала ему чужая, болей не чувствовал. (За день до заболевания отмечает, что ему пришлось поднять очень тяжелую вещь, которая была ему не под силу). К вечеру был легкий озноб. На другой день больной уже не встал с постели, но еще мог сгибать ноги в коленном суставе. 30-го почувствовал боль в пояснице. Левая нога совершенно не двигалась, в правой еще были незначительные движения. Обратился в нервную клинику 10-IX-25 г., где и находится по настоящее время. Процесс идет медленно на улучшение, и в настоящий момент больной уже ходит один с помощью палки.

Как известно, случаи параличей, и особенно параплегий нижних конечностей у укушенных, подвергшихся предохранительным прививкам, наблюдались во всех странах и описаны многими авторами. Правда они весьма редки и по известным данным Simon'a, собранным им во всемирной литературе, его 48 случая параличей приходятся на 211.779 укушенных, что составляет 0,84 проц. Инкубационный период этих заболеваний обычно короче, чем бешенства. Все эти параличи наблюдались начиная уже с 8-го дня от начала лечения, наступая в среднем через 11-30 дней от момента укуса во время или в первую неделю по окончании прививок. Клиническая картина этих параличей в $^{2}/_{3}$ случаев была острая, в $^{1}/_{3}$—хроническая. Прогноз неопределенный. Из 84 случаев Simon'a 77,4 проц. окончились выздоровлением, остальные—смертью пациентов. В вопросе об этиологии этих параличей до сих пор нет еще единодушного мнения. Прежние авторы, как Babes, Remlinger, Cerpe—считали эти параличи, как осложнения от прививок, приписывая возникновение их особому „токсину“ бешенства, заключающемуся в прививаемом материале,—считая, таким образом, заболевания эти чисто токсическими. Свое мнение они подкрепляют тем фактом, что при румынском способе Babes'—Puscariu, когда происходит нагревание Wirus'a до высоких температур и образование вследствие этого ядовитых продуктов распада нервной ткани, наблюдалось наибольшее количество параличей (7 случаев параличей на 2850 укушенных).

Papamarku считает особенно предрасположенными к параличам людей умственного труда. Также значительную роль приписывает он переутомлению и простуде. Так, например, особенно часто наблюдались параличи у лиц, вернувшихся с войны. Другого мнения придерживаются J. Koch, Roux, Chantemesse, Jochmann и другие, считающие большинство параличей за абортивные формы бешенства. В частности J. Koch приписывает наступление параличей действию мало вирулентного вируса собачьего бешенства, который в состоянии влиять на менее стойкие клетки спинного мозга, особенно поясничной части его, но не в состояниии воздействовать на клетки головного мозга, давая, таким образом, „спинальный тип", по определению J. Kocha, заболевания. Действие особого „токсина бешенства" этими авторами отвергается и, как показали экспериментальные опыты J. Kocha, дело не в токсине, а в самом возбудителе бешенства.

У пациента, укушенного заведомо бешеной собакой, во время прививок развилась параплегия нижних конечностей, но после того, как процесс пошел на улучшение, он погиб от сепсиса. Был взят кусок спинного мозга, поясничной части его, где уже макроскопически были видны изменения, свойственные этим параличам, и привит ряду животных, у которых через некоторое время развилась картина буйного бешенства. У двух кроликов были обнаружены в мозгу тельца Negri.

Правда, в последнее время, снова выплыл вопрос о связи параличей с имевшими место прививками, считая возможным приписать параличи действию ядовитых продуктов, содержащихся в прививаемом материале. Таковы, напр., взгляды, высказанные Koritschoner'ом и Schweinburg'ом из Венской пастеровской станции, в их последней работе о параличах при бешенстве. Если придерживаться мнения J. Koch'а и других, то вопрос еще окончательно не выяснен, являются ли параличи следствием воздействия уличного вируса или virus'а fixe. О том, что существуют наряду с типическими проявлениями бешенства и формы атипические, абортивные, — это известно уже давно. Данные эти установлены еще Pasteur'ом, Babes'ом и другими наблюдениями над опытными животными, у коих, после развившихся симптомов бешенства, получилось полное выздоровление. Так у Högyes'а из 159 собак, привитых уличным вирусом — 13 собак, т. е. 8,1 проц. заболело и выздоровело. Из серии в 6 собак, привитых J. Koch'ом одним и тем же уличным вирусом, трое погибло, а остальные трое также заболели типичной картиной уличного бешенства с уже наступившими явлениями парезов, качающейся походки, и даже параличем. Явления эти продолжались два дня, и после этого животные стали постепенно поправляться и оставались здоровыми в продолжение долгого времени. Такие же явления наблюдается у кроликов и, особенно, часто у птиц (J. Koch).

„Таким образом", говорит Jochmann, „сравнивая эти данные о заболеваниях и параличах, наблюдающихся у животных после введения им уличного вируса, с теми параличами, кои наблюдаются у людей, невольно напрашивается мысль, что эти параличи у людей также вызваны уличным вирусом и представляют собою ослабленное, благодаря предохранительному лечению, бешенство. Таким образом, мы должны эти случаи обозначить, как атипически протекающие случаи бешенства".

Что касается вопроса о роли virus'а fixe в возникновении этих параличей, то и под влиянием введения virus'а fixe у собак и у кроликов наблюдались такие же явления параличей. При параличе же у людей нет ни одного вполне доказанного случая того, что эти параличи произошли от введенного прививочного материала. Случай Franca, считавшийся бесспорным, когда спинномозговой жидкостью пациента, у которого развилась параплегия нижних конечностей, удалось вызвать у кролика картину бешенства с весьма коротким инкубационным периодом, также нельзя считать доказательным, ибо такие же инкубационные пе-

риоды (11-13 дней) получались у кроликов при экспериментальном заражении уличным вирусом.

Что касается вопроса о роли свежего вируса, то оказывается, что наибольшее число параличей наблюдались именно при тех способах, когда мозг подвергался разного рода изменениям: нагреванию, сушке и т. д. и почти не отмечено случаев параличей при применении методики Högyes'a, *т. е. при применении свежего вируса.*

28-Х-24 г.—у больного А—ва взята спинномозговая жидкость, и впрыснута двум кроликам, одному субдурально в дозе 0,2 к. с., другому 2 к. с. внутримышечно. 10-I-25 г. второй кролик погиб при явлениях, напоминающих картину уличного бешенства. Тельца Negri не обнаружены. Мозг привит 3 кроликам, одной крысе и одной морской свинке. Животные находятся под наблюдением; до сих пор (1-ое апреля) живы.

Из таблицы № 16 ясно видно, какую роль сыграли антирабические прививки, насколько они уменьшили количество смертей от бешенства, но *количество укушенных все же не уменьшилось и в России, мы видим, несмотря на открытие новых станций, ежегодное возрастание количества прививающихся.* Причина тут в том, что борьба с бешенством в России сводилась, главным образом, к лечению укушенных и к открытию все новых и новых Пастеровских станций, *тогда как теория и практика Западной Европы показывает, что единственно целесообразными в данном случае являются меры профилактического характера.* Организация дела борьбы с бешенством требует проведения целого ряда мер, частью принудительных, которые, только будучи проведены в законодательном порядке, могут достигнуть своей цели. Попытки проводить такие меры в отдельных местностях путем обязательных постановлений местных властей, обычно ни к чему не приводят. Такое же обязательное постановление о мерах борьбы с собаками было опубликовано и Минским Окрисполкомом, оно было расклеено по городу, напечатано в газете... и на этом борьба с бешенством закончилась, и после этого обязательного постановления количество бешеных собак не пошло заметно на убыль. В целом ряде работ русских авторов уже указывалось на необходимость повести энергичную борьбу с бешеными животными в общегосударственном масштабе, отмечая при этом те конкретные меры, которые нужно и можно провести в России. Таковы работы Павлушкова, Постик-Подвицкого, Владимирова, а также известная монография Мари. Об этом говорится почти во всех отчетах Пастеровских станций, напр. в отчетах Иркутской Пастеровской станции (Червенцов), Одесской Пастеровской станции (Диатронтов, Герман), Елисаветградской (Каган). Но особенно подробно разработал этот вопрос и указал конкретные меры, которые нужно провести в законодательном порядке, Л. И. Полев (Киев) в своем докладе на 2-ом Всероссийском с'езде врачей, затем в статье: „Профилактика бешенства“ („Профилактическая медицина“ № 11—12, 1923 г.[1]).

Отдельные авторы писали следующее: напр., Каган в отчете за 1912-ый год, указывает, „*что борьба с бешенством должна сводиться к уничтожению бродячих бездомных собак и к изданию обязательных постановлений о правильном надзоре за собаками, принадлежащими частным лицам*“—далее, что „*те немногие смертные случаи, которые все же бывают несмотря на принятый курс лечения, служат постоянным напоминанием того, что спасение от бешенства нужно искать не в расширении сети Пастеровских станций, а в тех ветеринарно-полицейских мерах, значение которых вполне доказано опытом культурных стран, но почему то не может быть в доста-*

[1]) Этот вопрос освещен также в диссертации Л. И. Полева (Киев. 1921 г.).

точной мере оценено и применено в условиях нашей действительности" (курсив наш, цитировано по Полеву). Герман пишет: „что идеал, к которому надо стремиться, это не тот или иной метод предохранительных прививок. Правительство должно энергичными мерами добиться того, чтобы бешеных животных совершенно не было. Для этого надо повести самую беспощадную борьбу с главными передатчиками этой болезни"... Наконец ряд авторов выступил с докладами на эту тему в прессе, напр., в Киеве Высокович и Линдеман.

Как известно, главным передатчиком и распространителем бешенства является собака, дающая в среднем 80—90 проц. всего числа кусающих животных. Бешенство среди остальных животных нужно ставить в связь также с покусами собак. Поэтому *борьба с бешенством и сводится, главным образом, к борьбе с собаками.* Все эти мероприятия по Полеву сводятся: во-первых, к сокращению числа собак и, следовательно, к уменьшению опасности заражения; во-вторых, к обезвреживанию их, т. е. к ограничению свободы и предупреждению возможности кусаться. Кроме этих специальных мер требуется еще проведение некоторых общих мер, которые также приносят пользу делу и способствуют рациональной борьбе с бешенством. Эти меры—популяризация основных знаний о бешенстве. Для того, чтобы население охотно шло навстречу мероприятиям государства, необходимо, чтобы оно усвоило в кратких чертах сущность бешенства, роль собаки в распространении заболевания, громадный материальный ущерб, приносимый бешеными собаками, как населению, так и государству. Особого внимания требует ознакомление с этим вопросом детей в школах, ибо дети—главные друзья собак, зато и самые многочисленные жертвы их. В деревнях же вопрос этот, при ознакомлении крестьян с разумными правилами профилактики легче разрешим, ибо крестьянину лучше виден весь вред, приносимый бездомными собаками, от которых ежегодно, в частности у нас в Белоруссии, гибнет масса скота. Нам известен факт гибели от бешенства в одной только деревне 19 штук крупного рогатого скота. Большое просветительное значение имеют лекции по бешенству, читаемые в общежитиях для приезжающих укушенных, ибо укушенные особенно живо воспринимают, задают целый ряд практических вопросов, и, раз'езжаясь по самым глухим углам, разносят туда живое слово и знание по бешенству. Практика Белорусского Пастеровского Института действительно показала, насколько успешно и со вниманием воспринимаются эти собеседования, и читаемые у нас обычно два раза в месяц лекции приезжающим крестьянам, безусловно, дают многое в смысле распространения среди населения основных знаний о бешенстве.

Переходя к изложению практических мер борьбы с собаками, укажем на:

I. Ограничение числа собак.

Бешенство станет тем реже, чем меньше будет собак, и наиболее целесообразные в этом направлении меры, следующие:

А) *Налог на собак.* Он представляется и полезным и выгодным, как мера, ограничивающая число собак, и как источник дохода для государства, которое может эти деньги использовать на дело борьбы с бешенством. В качестве законоположения, мера эта принята во многих странах.

Б) *Обязательная регистрация и контроль переписанных собак.* В соединении с налогом эта мера в ряде стран привела к значительному уменьшению бешенства, хотя общее количество зарегистрированных собак не уменьшилось, а увеличилось. Напр. данные Martel'я (Париж):

1902 г.—146.000	зарегистрированных собак	— 224	укушенных
1904 г.—156.000	"	" 84	"
1906 г.—163.000	"	" 20	"

Все собаки, не имеющие знака, задерживаются и если за ними в течение 4—6 дней не прибудет хозяин, считаются бездомными и подлежат уничтожению.

В) *Истребление бродячих собак*—есть завершение первых двух мер. Эта мера, имеющая много противников, заслуживает, однако, полного оправдания со всех точек зрения, ибо, как показывают статистические данные, резко понижает заболеваемость даже среди собак.

Для организации этого дела, главным образом, в городах, необходимо организовать особые „команды собакоистребителей", обязанностью которых было-бы задержание и лишение жизни бродячих собак. В Германии закон 1880-1914 г. г. предусматривает организацию именно таких „ловцов собак" (Hundefänger) то же и в Швейцарии.[1])

Далее к мерам ограничительным нужно отнести:

1. Ответственность владельца за все убытки, причиненные его собакой: вознаграждение укушенному за потерю рабочего времени на пастеровские прививки, вознаграждение хозяину скота, ввиду необходимости их убоя и т. д.

2. Запрещение появления с собаками в общественных местах.

3. Запрещение выпускать собак ночью на улицу, меры против злых собак и т. д.

II. Обезврежение зарегистрированных собак.

Как известно, бешенство передается от одного животного другому, а также человеку, через посредство укуса, поэтому нужно собаку обезвредить в том отношении, чтобы она не могла кусаться. В этом отношении, наиболее верным средством является:

А) *Намордник*,—который представляет собою наиболее испытанную и действительную, так сказать, классическую меру в борьбе с бешенством. В 1886-ом году в Прусском ландтаге министр Lossler заявил, „*что вопрос о бешенстве разрешается намордником*". И, действительно, в истории борьбы с бешенством имеется масса данных, свидетельствующих о пользе обязательного введения намордника. В Берлине, например, в 1852 и 1853-ом году вспыхнула эпизоотия бешенства, и за это время было отмечено 107 случ. и 85 бешеных собак. 20-го июля 1853 года был введен намордник, и в результате до конца года наблюдалось всего 9 случаев бешенства. Такие же явления отмечены и в других странах. Но, с другой стороны, эта мера приводит к цели только наряду с прочими санитарными мерами. Таково мнение целого ряда авторитетов в области эпидемиологии бешенства, как: Högyes'a, Frosch'a, Mari и др. Спорным является лишь вопрос о том, рассматривать ли намордник, как меру временную или постоянную. В качестве постоянной санитарной меры намордник введен, между прочим, в Берлине и Лондоне, как временная—в Австрии. Особенно доказательна большая профилактическая роль намордника на примере Англии. В 1889 году, вследствие большого количества бешеных собак (312), был введен намордник, в результате чего в 1892 году бешенство уменьшилось до 38 случаев, но под влиянием газетной агитации „любителей собак" наступила реакция в отношении соблюдения

[1]) У нас в Минске приходится иногда видать такую картину: „ловцы" собак избиваются на улицах толпой несознательных граждан и представители милиции не всегда даже приходят на помощь избиваемым.

закона о наморднике: в результате бешенство быстро распространилось до небывалых размеров (673 случая в 1895 году), и только новое распоряжение о намордниках повлекло окончательное сокращение бешенства.

В России, и в частности у нас в Белоруссии, намордник должен быть введен, хотя бы в больших городах.

Б) *Запрещение держать собак на свободе,* а именно: содержание их на привязи (на цепи), и эта мера в некоторых странах (Дания) дала удовлетворительные результаты.

Все перечисленные меры достигнут своей цели только в том случае, если они будут проводиться одновременно, последовательно и энергично, иначе это будут полумеры, которые не дадут никаких результатов.

Кроме всех этих постоянных мер, необходимы меры временные, кои применяются при всякого рода эпидемических вспышках.

1. Обязательное извещение в соответствующее учреждение о каждом подозрительном по бешенству заболевании.

2. Устранение источника инфекции—т. е. изоляция заболевшего животного и, в случае необходимости, умерщвление последнего.

В случае определения бешенства, необходимо уничтожить всех собак и кошек, покусанных или бывших в общении с бешеными животными. Трупы убитых или погибших от бешенства животных должны быть сожжены или глубоко зарыты в землю.

3. Изоляция и санитарный надзор за покусанными сельско-хозяйственными животными.

Таковы те временные меры, применение коих необходимо при всякой вспышке эпизоотии и в каждом отдельном случае бешенства. Конечно, успех их может быть обеспеченным только при наличии постоянно приводимых санитарных мер.

Для выработки проекта закона о борьбе с бешенством необходима немедленная организация комиссии в составе представителей от НКЗ-драва, НКВД. Ветуправления НКЗема и Белорусского Пастеровского Института. Вопрос не требует дальнейшего промедления.

Кроме всех вышеприведенных мер, проводимых в законодательном порядке, необходимо упорядочить дело постановки статистики бешенства. В то время, как в других странах мы имеем более или менее точные цифры о размерах распространения бешенства, о материальном ущербе, который оно наносит сельскому хозяйству, в наших русских условиях приходится довольствоваться материалами пастеровских станций, которые, конечно, не вполне выявляют размеры бедствия. В целях упорядочения этого дела, необходимо:

1) усилить ветеринарный надзор;

2) упорядочить диагностику, путем присылки в Институты на исследование мозга покусавшего животного (голову).

О методах антирабических прививок.

Со времени введения Пастером в практику предохранительного лечения бешенства антирабических прививок, в методике этих прививок произошли многочисленные изменения, и можно смело сказать, что нет сейчас двух Пастеровских станций, работающих по одному и тому же способу. Если в России в Пастеровских станциях до сих пор еще преимущественно пользовались методикой прививок сушеными мозгами, то в других странах, взамен этой методики были выдвинуты целый ряд других способов. Так в Барселоне применяется метод Ferran'a (обработка свежего вируса неизвестным составом ртути), в Будапеште и Мадриде метод раз-

ведений Hōgyes'а, в Бухаресте и Яссах—гретые мозги по способу Babes'а и Puscariu, в Колумбии способ Phillips'а, в Париже способ A. Marie (смесь вируса с сывороткой), в Зассари карболизованная вакцина Fermi и т. д. Предложенный в 1885 году Пастером метод антирабических прививок сводился, как известно, к следующему: мозги кролика, погибшего от фиксированного вируса бешенства, высушивались при t^0—22^0 в сосуде над едким кали в течение от 3-х до 15-ти дней. Лечение начиналось введением под кожу эмульсии мозга 15-ти дневной сушки и постепенно доходило до эмульсии из мозга 15-ти дневной сушки (traitement simple), все лечение продолжалось 15 дней. В случаях более тяжких укусов лечение продолжалось 21 день (traitement intensive); оно начиналось с мозга 15-ти дневной сушки и доходило до мозга 3-х дневной сушки. При этом Пастером и его учениками было установлено, что мозг 5-ти дневной сушки, при введении кролику субдурально дает слегка удлиненный инкубационный период, 8-ми дневной сушки дает не всегда положительный эффект, а 12-ти дневной сушки оказывается совершенно не вирулентным. Таким образом, лечение начиналось с совершенно авирулентных мозгов. Схема, предложенная Пастером, первое время не подвергалась изменению, но постепенно были оставлены мозги авирулентные и вводились мозги все более и более вирулентные. Так мозги 15—12 дневн. сушки в настоящее время нигде уже не принимаются. Для примера консервативного метода превентивного лечения можно привести схему прививок, практиковавшихся ранее в Берлинском Институте:

День прививки	Продолжительность сушки мозга	Количество эмульсии	
1	10—9 дней	1,0	при укусах средней тяжести
2	8—7 „	1,0	
3	6 „	0,5	
4	5 „	0,5	
5	4 „	0,5	
6	3 „	0,5	
7	3 „	0,5	
8	6 „	0,5	
9	5 „	0,5	
10	5 „	0,5	
11	4 „	0,5	
12	4 „	0,5	
13	3 „	0,5	
14	3 „	0,5	
15	6 „	0,5	
16	5 „	0,5	
17	4 „	0,5	
18	3 „	0,5	
добавочно при тяжелых укусах			
19	2 „	0,5	
20	3 „	0,5	
21	2 „	0,5	

В России в Пастеровских станциях, где употребляется методика Пастера, оставлены уже и мозги 10—6 дневн. сушки, как мало вирулентные, и лечение начинается в одних станциях с мозга 4-х дневн. сушки, в других с 3-х дневн. и доходит до мозга 1 дневной сушки. Такая же схема применялась и в Берлине, где прививка производилась по следующему типу:

День	До 1922 г.	в 1922—23 г.	
	Продолжительность сушки		
1	3	5	Доза от 2 до 4 к. с. за раз в зависимости от тяжести укусов.
2	2	4	
3	1	3	
4	1	2	
5	3	5	
6	2	4	
7	1	3	
8	1	2	
9	3	5	
10	2	4	
11	1	3	
12	1	2	
13	3	3	
14	2	2	
15	1	1	
16	1	1	
17	3	3	
18	2	2	
19	1	1	
20	1	1	
21	1	1	

В общем, изменения методики Пастера шли в двух направлениях: во-первых, в сторону оставления авирулентных мозгов и более быстрому переходу к вирулентным мозгам; во-вторых, к удлинению курса лечения, который в некоторых институтах, напр., в Константинополе, доведен до 30-ти дней. Введение в практику антирабических прививок более интенсивных методов привело к уменьшению смертности после лечения, и можно проследить закономерность в уменьшении смертности в связи с введением все более интенсивных способов лечения. Так, Babes опубликовал свои данные о лечении 300 лиц, укушенных бешеными волками, мозгами однодневной сушки; результаты получились прекрасные. Особенно бросается в глаза эта закономерность, если рассмотреть статистику смертности по данным русских Пастеровских станций. Оказывается, что в 1886—1900 годах проц. общей смертности с 8 проц., после 1900 года, когда были введены более интенсивные методы лечения, снизился до 1 проц., а редуцированной с 5 проц. дошел до 0,5 проц., и в дальнейшем еще ниже, в настоящее время выражаясь в среднем цифрой 0,6 проц. общей смертности и 0,2 проц. редуцированной. Еще яснее получается картина понижения цифры смертности в отдельных Пастеровских станциях: так напр., в Одессе в 1887 году общая смертность = 3,9 проц., в 1901 году—1,87 проц., в Самаре в 1886—87 году—общая смертность 7,08 проц, в 1910 году—0,85 проц.

Кроме методики употребления сушеных мозгов были предложены в качестве ослабляющих моментов для вируса бешенства тепло, карболовая кислота и т. д. Таким представляется метод ослабления мозгов при помощи нагревания, предложенный Puscariu.

На основании работ Babes'а об иммунизации собак ослабленными нагреванием мозгами, Puscariu предложил свою методику, заключающуюся в следующем: головной мозг кролика эмульгируется в 100 к. с. физиологического раствора, фильтруется и нагревается в течение 15 минут при t^0—65^0, 60^0, 55^0, 50^0 и 45^0 в особой водяной банке, дающей одновременно нагревание пробирок при разных температурах. Обычная доза 3—4 к. с. эмульсии; продолжительность лечения—от 10 до 14 дней. В тяжелых случаях в последние дни вводится свежий неослабленный virus fixe.

Способ Fermi, основанный на экспериментальных работах иммунизаций мышей, заключается в том, что готовится 5 проц. эмульсия спинного мозга и к этой эмульсии добавляется на сутки 1 проц. карболки. Такую эмульсию Fermi считает авирулентной, но не потерявшей своих иммунизирующих свойств. Данные Fermi были в дальнейшем подтверждены Repetto. Сывороткой собак, имунизированных по способу Fermi, ему удалось спасти от гибели всех мышей, зараженных подкожно ядом бешенства.

Краюшкин, Babes, Савченко и друг. однако не подтвердили опытов Fermi. Так по Савченко даже 3 и 5 проц. карболки не в состоянии убить в указанный срок virus, а Краюшкин указывает, что он не замечал ослабление вируса после обработки его 1 проц. карболкой, даже после 10—12 дней.

Дозировка лечения Fermi—2 прививки в день по 3 к. с. эмульсии в течение 25 дней. Хотя Fermi приводит довольно хорошую статистику: на 1053 случая—0,19 проц. смертности, однако, он сам свою методику оставил и перешел к лечению смесью эмульсии virus'а+рабицидная сыворотка в отношении (3:1). Из русских пастеровских станций, по методу Fermi работает пастеровская станция в Уфе. Этот способ широкого распространения не получил.

Babes предложил свою методику, весьма сложную, где комбинируется лечение сушеными мозгами, гретыми мозгами, свежим вирусом и антирабической сывороткой. В продолжение 18 дней, вводятся 2 раза (8-я и 15-ая прививка) свежий фиксированный вирус и 2 раза (15 и 18-ая прививка) по 20 гр. сыворотки. Кроме того, вирулентность мозгов Babes усиливает, пассируя вирус через морских свинок. Кроме сложности, и эта методика, повидимому, особых преимуществ не представляет.

Такой же сложной представляется и методика, предложенная Ferran'om: 0,8 гр. мозга растирается с прибавлением 2 гр. стерильного морского песку в кашицу и сюда добавляется по каплям 8 к. с. особого ртутно-солевого раствора (состав которого автор не сообщает). Смесь центрифугируют и жидкость сливают. Пациенты получают ежедневно по 5-6 к. с. этой эмульсии.

Другие методы ослабления вируса не привились вовсе; так, например, методика Harris'а, предложенная им в 1918 году—высушивание мозга при—18° в безвоздушном пространстве,—Wahstenbreghe—изготовление порошка из мозга, высушиваемого 24 часа в темноте над серной кислотой. Порошок этот по его указаниям долго сохраняет свою вирулентность; Centanni—обработка мозга нормальным желудочным соком; Frantrini—обработка желчью; Hellecr'а—замораживание мозга в жидком воздухе.

Безусловного внимания и интереса заслуживает методика Marie, применяемая в Париже, а именно лечение смесью virus'а vixe и сыворотки. Как известно, попытки лечения одной сывороткой окончились неудачно, такими же нестойкими смесями оказались смеси virus'а+сыворотка, где имелся избыток последней. Даже более того: многочисленными опытами Marie и Remlingera удалось доказать, что и нейтральные смеси не обладают иммунизирующими свойствами, и только смеси с избытком virus'а дали положительный эффект. Главное преимущество введения таких смесей—это быстрое наступление иммунитета. Так Мари удалось доказать наступление у опытного животного стойкого иммунитета, уже спустя 3 дня после окончания прививок. Таким образом, Marie предлагает следующую методику антирабических прививок: 1 гр. мозга эмульгируется в 9 гр. физиологического раствора; к 2 к. с. этой эмульсии прибавляется 4 к. с. предварительно инактивированной антирабической сыворотки. Пациент получает в течение 6 дней по 6 куб. с. этой смеси, а затем обычный

курс лечения. Из русских станций—Пермская и Екатеринославская—применяют лечение смесью virus'а+сыворотка, причем для получения сыворотки в Перми употребляется собака, а в Екатеринославе—лошадь.

Особого внимания заслуживает метод антирабических прививок по Högyes, который в 1889 году выдвинул принцип *разведения свежего дессисированного яда бешенства*.

Основываясь на том, что при сушке мозга, не все части его одинаково теряют свою вирулентность, что дело при сушке идет, главным образом, *о количественном ослаблении вируса, а не о качественном*, Högyes предложил начинать лечение с больших разведений свежего мозга и доходить до более концертрированных. Оригинальная схема, предложенная Högyes'om, сводилась к следующему:

День прививки	РАЗВЕДЕНИЕ	Утром	Вечером	День прививки	РАЗВЕДЕНИЕ	Утром	Вечером
1	1:10000+1:8000 1:5000+1:2000	3—3	3—2	11	1:200	1	
2	1:5000+1:2000 1:1000+1:500	3—2	4—2	12	1:6000+1:5000 1:2000+1:1000	3—3	2—1,5
3	1:200	1		13	1:1000+1:500 1:200	1,5—1	1
4	1:6000+1:5000 1:2000+1:1000	3—3	2—1,5	14	1:6000+1:5000 1.2000+1:1000	3—3	2—1,5
5	1:1000+1:500 1:200	1,5—1	1	15	1:1000 1:500	1,5	1
6	1:6000+1:5000 1:2000+1:1000	3—3	2—1,5	16	1:200	1	
7	1:1000 1:500	1,5	1	17	1:6000+1:5000 1:2000+1:1000	3—3	2—1,5
8	1:200	1		18	1:1000 1:500	1,5	1
9	1:6000+1:5000 1:2000+1:1000	3—3	2—1,5	19	1:200	1	
10	1:1000+1:500	1,5	1	20	1:100	1	

Как и все схемы, и она подверглась дальнейшей интенсификации. В Будапештском Институте, где она применялась все время, в 1911 году Szèkely применил методику, начав лечение с разведения 1:2000 и значительно упростив ее, по следующей схеме:

1	1:2000	4 к. с.	11	пауза	
2	1:1000	3 »	12	1:100	2 к. с.
3	1:500	2 »	13	пауза	
4	1:800	3 »	14	1:100	2,5 »
5	пауза		15	пауза	
6	1:800	4 »	16		
7	пауза		17	1:100	3 »
8	1:200	2 »	18	пауза	
9	пауза		19		
10	1:200	3 »	20		
			21	1:100	3,5 »

Murillo сообщил о 3.000 лицах, леченных по этому методу с хорошим результатом.

Итак, здесь мы имеем лечение уже свежим неослабленным вирусом, однако в больших разведениях. Исследования Marx'а о полной безвредности свежего фиксированного яда для человека при подкожном его введении, собственные наблюдения Nitsch'a, данные Pröscher'a, когда двум лицам было введено под кожу и внутримышечно по целому головному мозгу кроликов без всякого вреда, заставили американцев ввести еще более интенсивную методику лечения свежим неослабленным ядом бешенства. Так Pröscher применяет методику введения ежедневно 3 куб. эмульсии содержащей 0,01 гр. мозга в течение 5-ти дней.

В Белорусском Пастеровском Институте, начиная с 16-го июня 1922 года, применялся американский способ лечения, когда пациенту в течение 7—8—9 дней вводилась эмульсия из спинного и головного мозга в разведениях 1 : 10 и 1 : 12 по следующей схеме:

1 день	— 1,0	Спинн. мозга
2 „	— 1,5	
3 „	— 2	
4 „	— 1	
5 „	— 1,5	Головн. мозга
6 „	— 1,5	
7 „	— 2	
8 „	— 2	

У кролика, обескровленного за несколько часов до смерти, стерильно извлекался спинной и головной мозг и клался в глицерин (50 проц.).

Эмульсия готовилась впрок, ибо эмульгировался весь мозг в целом. Эмульсия разливалась в пробирки, на которых надевались резиновые соски; в пробирки прибавлялось 1—2 капли хлороформа и в таком виде эмульсия сохранялась до 10 дней. С начала 1923 года, методика эта была нами переработана и видоизменена следующим образом. Во-первых, было введено разделение укушенных по категориям, т. е. лечение было индивидуализировано; во-вторых, вследствие болезненности и реакций со стороны кожи—была введена методика бо̀льших разведений; в третьих—срок продолжительности лечения был увеличен до 20-ти и 24 дней; в четвертых, вследствие недостаточной проверки вопроса о сохраняемости вируса в пробирке+хлороформ, эмульсия начала заготовляться свежая ежедневно; в пятых, вместо 50 проц. глицерина для сохранения мозга начал нами применяться 80 проц. глицерин (нейтральной реакции), и в настоящее время применяемая нами методика следующая:

	1-ая категория		2-ая категория		3-ья категория		Особо тяжелые случаи	
					укусы в кисть и лицо (не глубокие)		тяжелые укусы в лицо и укусы волком	
1	1:200	1 к. с.	1:200	1 к. с.	1:200	1 к. с.	1:50	(2 к.)
2	1:100	»	1:100	»	1:100	»	1:25	
3	1: 50	»	1: 50	»	1: 50	»	1:50	
4	1: 25	»	1: 25	»	1: 25	»	1:25	
5	1:200	»	1:200	»	1:100	»	1:50	
6	1:100	»	1:100	»	1: 50	»	1:25	
7	1: 50	»	1: 50	»	1: 25	»	1:50	
8	1: 25	»	1: 25	»	1:100	»	1:25	
9	1:100	»	1:200	»	1: 50	»	1:50	
10	1: 50	»	1:100	»	1: 25	»	1:25	
11	1: 25	»	1: 50	»	1:200	»	1:50	
12	1: 25	»	1: 25	»	1:100	»	1:25	
13	Случаи легкие и сомнительые к		1:100	»	1: 50	»	1:50	
14			1: 50	»	1: 25	»	1:25	
15			1: 25	»	1:100	»	1:50	
16			1: 25	»	1: 50	»	1:25	
17			Случаи небольш. укусов		1: 25	»	1:50	
18					1:100	»	1:25	
19					1: 50	»	1:50	
20					1: 25	»	1:25	

Ежедневно берется определенный кусок мозга, напр. 1 гр., растирается в 25 куб. с. физиологического раствора повар. соли и фильтруется через марлю (основное разведение 1 : 25), из него тут же заготовляется необходимое для приема количество к. с. каждого разведения. Процедура весьма проста, и мы оперируем ежедневно со свежим материалом.

Вопрос о методике лечения был выдвинут нами на прошлогоднем с‘езде бактериологов, сначала всеукраинском в Киеве[1]), а затем и всесоюзном[2]), причем методика наша не встретила принципиальных возражений. Вопрос был перенесен программным на IX с‘езде бактериологов в Москве[3]). Если до сих пор в России по оригинальному методу Högyes’a работают Пастеровские станции во Владикавказе, Томске, Барнауле, Астрахани, то за последнее время раздаются голоса о применении более интенсивных методов разведения. Так интенсивная методика теперь введена в Киеве, Пензе и др. станциях.

Приблизительно по такой же схеме, как наша, работает в настоящее время Вена, методика которой представляется в следующем виде:

В случаях легких и средней тяжести		
1-й день	1:500	1 к. с.
2 „	1:500	2 „
3 „	1:500	3 „
4 „	1:500	4 „
5 „	1:100	1 „
6 „	1:100	$1^{1}/_{2}$ „
7 „	1:100	2 „
8 „	1:100	$2^{1}/_{4}$ „
9 „	1:100	$2^{1}/_{2}$ „
10 „	1:100	$2^{3}/_{4}$ „
11 „	1:100	3 „
12 „	1:100	$3^{1}/_{4}$ „
13 „	1:100	$3^{1}/_{2}$ „

Случаи тяжелых укусов		
1-й день	1:500	2 к. с.
2 „	1:500	4 „
3 „	1:100	1 „
4 „	1:100	$1^{1}/_{2}$ „
5 „	1:100	2 „
6 „	1:100	$2^{1}/_{2}$ „
7 „	1:100	3 „
8 „	1:100	$3^{1}/_{2}$ „
9 „	1:100	$3^{1}/_{2}$ „
10 „	1:100	4 „
11 „	1:100	4 „
12 „	1:100	4 .
13 „	1:100	$4^{1}/_{2}$ „

В Вене на 1.200 случаев было 2 случая смерти (лечение производилось по оригинальному методу Högyes’a), а после перехода на более интенсивный метод лечения не было ни одного смертного случая. Alivisatos ввел в дополнение к этой схеме предварительное лечение большими дозами (10 к. с. в течение 6-ти дней эмульсии из головного мозга (1:10), пролежавшего 72 часа в эфире), но его способ вызывает целый ряд местных явлений, как: припухлость, красноту, повышение t^0, крапивницу, расстройство кишечного тракта и т. д.

Таким образом, метод Pasteur’a постепенно вытесняется лечением свежим virus’ом, на который целиком перешли американские институты, Вена, Берлин и целый ряд других институтов.

[1]) Труды 4-го Всеукраинского с‘езда бактериологов, эпидем. и санитарных врачей в Киеве. (Авторы).
[2]) Труды VIII Всесоюзного с‘езда бактериологов в Ленинграде. (Авторы).
[3]) Тезисы докладов IX с‘езда в Москве. (Авторы).

Данные Белор. Пастер. Института о лечении укушенных по применяемой у нас методике, хотя и не весьма многочисленны, но все же дают результаты вполне благоприятные.

Приближение антирабических прививок к населению.

Остается рассмотреть еще один вопрос, неимеющий, правда, непосредственного отношения к методике, но стоящий весьма близко к нему, вопрос *о приближении антирабических вакцин к населению, или, проще говоря, о рассылке антирабической вакцины на места.* Если, как мы уже указывали, в деле борьбы с бешенством, одно лечение укушенных является лишь паллиативом, то с точки зрения интересов государства и самого населения. вопрос о приближении вакцины к населению играет громадную роль. По нашим данным, каждый укушенный, едущий лечиться, обходится государству в среднем 12—14 рублей, что составляет, примерно для Белоруссии, 30.000 рублей за отчетный период. А если захотеть подсчитать материальный ущерб самого населения, главным образом, крестьянства, то таковой даже не поддается учету *Одних рабочих дней пропало 50.000. Кроме того, несомненно, удастся заставить лечиться и тех, кои по настоящее время, по тем или другим причинам не ездили на пастеровские станции.*

Вопрос о рассылке антирабической вакцины на места тесно связан с вопросом о консервировании фиксированного вируса бешенства. С 1887 г., после работ Roux, в качестве консервирующего вещества для сохранения вирулентности мозга употребляется глицерин. Так Rodet u Galenell установили сохраняемость вирулентности мозга в глицерине до $2^1/_2$ лет, Marzei совершенную неизменяемость вирулентности до 80 дней; по исследовании Франциуса—до 180 дней, по данным нашего иститута—свыше 4-х месяцев. Согласно методике Calmette предложенной им для практики небольших Пастеровских станций, мозги разной сушки, однодневной, двухдневной и т. д. кладутся в глицерин, где сохраняются без изменения, и—по мере надобности, вынимаются и эмульгируются. По такому методу работают Швейцарские станции; у нас в России—Иркутская Пастеровская станция. Выступивший на прошлогоднем с'езде бактериологов проф. Грязнов указал, что им также применяется способ Calmetl'a, ввиде посылок кусочков мозга (в глицерине) в соседний уездный город (из Ростова в Таганрог).

Тут мы уже подходим к вопросу: в каком виде должен посылаться материал для прививки, и в какие центры, т. е. ограничимся ли мы окружными городами или продвинем вакцину дальше, т. е. до участкового врача или б-цы?

Нам кажется, что рассылка кусочков мозга в глицерине по Calmett'u на места в наших условиях, нерациональна, так как мозг должен на месте подвергнуться дальнейшей обработке, т. е. необходимо будет на местах иметь стерилизаторы, Пастеровские печи для посуды, автоклав (для физиологич. раствора) и, затем, подходящая обстановка для растирания мозга и т. д. Все это вряд ли доступно и имеется у нас на врачебном участке, а мы мыслим посылку вакцины, именно, в самые участки и вот по каким соображениям: если дело ограничится окружными городами, то все сводится к организации маленьких Пастеровских станций. Опять крестьянину нужно будет покидать свой дом, оторваться на несколько недель от работы, и т. д., ибо не может же он ходить ежедневно за 30—50, а иногда больше, в город на прививки. Потребуется опять общежитие, питание б-ых и т. д. Вопрос не будет разрешен в корне.

Поэтому мы себе мыслим приближение антирабических прививок к населению, как рассылка в участковые пункты готовой вакцины. Врачу на месте остается только вскрыть посуду и делать прививки. В

этом отношении мы будем исходить из того принципа, чтобы вакцина эта не отличалась по своим свойствам и качеству от той эмульсии, какую мы применяем здесь для лечения укушенных, т. е., чтобы каждый укушенный получил бы у себя на месте такой же курс лечения, какой он получил бы, приехав к нам.

В 1924 году в Берлине в связи со вспышкой эпизоотии бешенства и увеличением количества укушенных (в Бреславле 830 б., в Берлине 1550) перешли на метод лечения глицеринированным мозгом, т. е. свежим вирусом, взяв в основу методику Phillips'a. Головной мозг кролика, вскрытого до смерти, кладется в 30% нейтральный глицерин и при помощи бус растирается в стерильной посуде. Действие глицерина: 1) извлечение влаги, 2) плохая растворяемость кислорода, 3) сохранение мозга и 4) поддержание силы virus'a fixe. (Глицерин в Берлине стерилизируют не обычным путем, а в Пастер. печи в течение 2-х часов при t^0—180^0). Американцы употребляют эмульсию, состоящую из 1 части мозга,+6 частей глицерина, в Германии—10 проц. эмульсию. Это есть основной раствор: Stammlösung. Перед употреблением этот раствор разводится в 25 раз физиологическим раствором и вводится в течение 20-ти дней в возрастающих дозах. Таким образом, в Германии из одного мозга кролика весом в 8—10 гр. получается масса прививочного материала (2—2½ литра), которого хватает на большое число укушенных. Основной раствор хранится до 2-х месяцев, хотя данные Берлина и Дрездена говорят о сохраняемости вируса до 6-ти месяцев. К вопросу о рассылке этой вакцины на места в Германии подходят очень осторожно. Прививки доверяются только авторитетным учреждениям, лечебным или исследовательским, кои выделяют специального врача для ведения правильного лечения. В течение 1924 года город Гамбург пользовался готовым Stammlösung'ом из Берлина. Главный врач Барнбекской б-цы имел наблюдение за делом прививок. Полученный материал разливался в ампуллы, которые запаивались и сохранялись на холоду. В Гамбурге подверглось по этому методу прививкам 160 человек, причем не было ни одного случая смерти. В Берлине на 1500 человек—3 случая смерти (редуцированная смертность = 0). [1])

Упаковка в Германии весьма простая: материал наливается в маленькие темные флаконы до верху, чтобы не было слою воздуха между жидкостью и трубкой, флаконы герметически закупориваются и сверху одевается колпачек из бумаги, пропитанной 10 проц. карболкой. Сохраняется материал на холоду (1—4° С.) в темноте. Рассылается в деревянных футлярах.

В Америке упаковка более сложная и дорогая.

В настоящее время в Белорусском Пастеровском Институте ведутся работы по изучению свойств и сохраняемости вакцины при всевозможных условиях и, если результаты будут удовлетворительны, то после того, как этот вопрос получит окончательное разрешение на с'езде бактериологов, можно будет приступить к рассылке материала на места. Конечно, предварительно потребуется длительное инструктирование мест, возможно выезд сотрудников института на места для практических указаний, ибо дело это не так просто как кажется. Далее, общее руководство в работе, собирание материалов, статистических данных, анкетных ответов должно быть попрежнему сосредоточено в Пастеровском Институте, ибо без этого немыслима правильная организация пастеровского дела. Самая рассылка материала нам мыслится следующим образом: одновременно с флаконом основного разведения 1:10 (в 2 к. с. 5 к. с. им. 10 к. с.) прилагается

[1]) Сообщение д-ра Дубровинского на совещании сывороточно-вакцинной комиссии НК Здрава РСФСР, 4 марта 1925 г.

тут же в коробке 1 бутылка стерильного физиологического раствора в 4-х кратном количестве. Получив оба флакона, врач вскрывает их и вливает эмульсию мозга в физиологический раствор, получая, таким образом, разведение 1 : 50; употребляя теперь дозы = 1/4 к. с. 1/2 к. с. 1 к. и 2 куб. этого разведения, получим дозировку, соответствующую той, какая применяется у нас в институте. Этим самым врач не будет нуждаться ни в какой дополнительной посуде и т. д. и, имея у себя только шприц и иглы, сможет приступить к производству предохранительных прививок. [1])

Список литературы:

I. Koch. Lyssa. Handbuch d. path. Mikr. Kolle und Wassermann Bd. 8. 1913. Там-же список литературы до 1913 г.

O. Heller und M. Rothermundt. Wutschutzimpfung und Wutimmunität. 1913. Там-же.

Iochmann. Lyssa. Iochmann-Heglers. Infektions krankheiten. 1924 г.

Aujeszky. Methodik der Schutzverleihung bei Tollwut. Abderhalden Abt. XIII. 1920.

A. Marie. Kraus und Levaditi II Abt. 1911.

H. Hetsch. Lyssa. Die Experim. Bakt. und Infektionskrankheiten. 1923.

Koritschoner и **Schweinburg.** Zeitschrift für Immunitatsforschung. Bd. 42. H. 3—4. 1925.

Л Полев. Профилактика бешенства. „Профилактическая медицина" № 11—12. 1923 г.

О. А. Герман. Пастеровские прививки в Одессе, их методика и сущность. „Профилактическая медицина" № 5—6. 1924 г.

В. А. Жуковский. Русские пастеровские станции. „Гигиена и эпидемиология" № 1—2. 1924 г.

Отчеты Минской Пастеровской станции за 1914, 1915 и 1916 г.

А. Червенцов. Отчет о деятельности Иркутской Пастеровской станции за 1912—22 г.

Гамалея, Н. Грязнов, Б. Эльберт, И. Сутин. Б. Иовелев, Саблин.
Труды 8-го Всероссийского с'езда бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей. 1924 г.

Б. Я. Эльберт, И. А. Сутин и **Б. М. Иовелев.** „К вопросу о применении свежего фиксированного яда бешенства". Доклад на 4-ом Всеукраинском с'езде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей". Киев. 1924 г. „Белорусская Медицинская Мысль" № 1. 1924 г.

И. А. Сутин и **Б. М. Иовелев.** Отчет о деятельности антирабического отделения Белорусского Пастеровского Института. Там-же.

---

[1]) Вопросу о приближении антирабических прививок к населению будет посвящена специальная статья, где опубликуются наблюдения относительно практики и опыта организации этого дела в Белоруссии.

Трупы, как передатчики инфекции.

Е. Яцентковская.

ВВЕДЕНИЕ.

В настоящей работе представлена только часть исследований, проведенных в 1917—18 году бактериологическим отделом Опытной Станции по борьбе с грызунами в Закавказьи и сданных в 1919 году в печать. Вследствие некультурного отношения б. тов. Мин. Внутр. Дел П. Чичинадзе к исследовательской работе,—закончить печатание неудалось. Протекционизм, являвшийся характерным для того времени, повел к тому, что Станция была ликвидирована с такой поспешностью и энергией, что даже личных оттисков „Работ Оп. Ст.“ неудалось получить.

Считая важным для последующих исследований значение каннибализма в распространении инфекции, привожу здесь план и общие соображения, положенные в основу не вышедшей в свет работы.

Среди вопросов, связанных с проведением борьбы бактериальным методом, основным является вопрос о распространении инфекции. Положительный или отрицательный ответ на него имеет огромное значение при разрешении вопроса о жизненности бактериального метода вообще.

Из возможностей передачи заразы особое внимание мной было обращено на пути распространения эпидемии, именно:

1) поеданием трупов зараженных полевок,

2) загрызанием особей, ослабевших от действия инфекции и

3) передачи заразы при совместном сожительстве.

Имеющийся литературный материал ясно показывает о слабой научной разработанности этого вопроса. У С. С. Мережковского [1]), Н. Н. Россикова [2]) и др. имеются указания на распространение эпидемии, вызываемое поеданием трупов, но все это общие наблюдения во время эпизоотий, неподтверждаемые какими либо исследованиями. Разумеется, этих указаний для правильной постановки бактериального метода недостаточно.

Считаясь с таким положением вопроса, была разработана программа исследований, включавшая ниже приводимые лабораторные и полевые опыты.

А. Лабораторные опыты:

1. По вопросу о распространении инфекции путем поедания трупов:

1-я серия. Возможность заражения при помощи трупов.

2-я серия. Распространение инфекции в цели путем поедания трупа и сила вирулентности.

3-я серия. Скорость передачи инфекции.

---

[1]) С. С. Мережковский. О судьбе в России и Японии бацилла для истребления мышей. 1903 г. Его-же. Результаты массового применения культур для истребления крыс. 1923 г.

[2]) Н. Н. Россиков. Полевые мыши и меры борьбы с ними. 1923 г.

ТЕХНИКА:

Первая серия.

1. Полевка заражается per os нормальной 24-х часовой культурой.
2. После гибели: а) трупп исследуется бактериально-анатомически,
   б) „ не исследуется „ „
3. Труп взвешивается.
4. Предлагается здоровой, выдержанной в карантине, [1]) полевке при:
   а) нормальных опытных условиях, т. е. при наличии воды и пищи
   б) без пищи, только с водой,
   в) без пищи и воды и
   г) при условии голодания в течение 24-х часов.
5. Остатки трупа извлекаются через сутки.
6. Взвешиваются.
7. Отмечается характер поедания;
8. По гибели „здоровой“ [2]) производятся анатомические и бактериальные исследования ее.

Вторая серия.

1—8. См. 1-я серия.

9. Предлагается второй здоровой полевке и т. д. до выяснения явных признаков отсутствия эпидемии.

Третья серия.

А. Труп зараженной полевки предлагается				5-ти	здоровым	полевкам
Б. „	„	„	„	10-ти	„	„
В. „	„	„	„	20-ти	„	„

ТЕХНИКА: см. 1-я серия §§ 1—7.

Продолжительность действия инфекции исчислялась со дня дачи трупа.

Следующий вопрос:

2. Загрызание особей, ослабевших от действия инфекции.

А. Ослабевшая от действия культуры полевка сажалась к одиночным выдержанным экземплярам.

Примечание. Количество выдержанных при получении положительных результатов увеличивается.

ТЕХНИКА:

1. Полевка заражается per os нормальной 24-х часовой культурой.
2. При появлении признаков заболевания, сажается к здоровой.
3. После загрызания труп извлекается.
4. По возможности исследуется.
5. По гибели „здоровой“ производится анатомическое и бактериальное исследование.

---

[1]) Карантинными животными являются животные, выдержанные в обособленном помещении в течение 2-х недель, при чем некоторая часть из них исследована бактериально на отсутствие тифоподобных бацилл.

[2]) „Здоровая“ означает полевку, погибшую не от непосредственного действия культуры, а от заражения путем поедания трупа.

3. Передача заразы при совместном сожительстве.

1-я серия. Возможность передачи инфекции в различные сроки нормального заражения.

2-я серия. Значение различных соотношений здоровых и зараженных особей.

ТЕХНИКА:

Первая серия.

1. Полевка заражается нормально.
2. Через раличные промежутки времени (от 2 до 10 дней), зараженная полевка с отметкой на ушах, сажается к здоровой.
3. По гибели немедленно труп ее извлекается.
4. Производятся анатомическое и бактериальное исследования.
5. По гибели „здоровой" труп тоже исследуется.

Вторая серия.

1. Одна зараженная нормально полевка—сажается к 5-ти здоровым.
2. Полевки, зараженные нормально, сажаются к 20-ти здоровым и т. д.
3. Трупы после гибели немедленно извлекаются.
4. Производятся их исследования.

По получении данных лабораторных опытов проводятся полевые. В силу того, что в условиях поля невозможно отделить один опыт от другого,—то результаты учитываются, как сумма действующей инфекции; именно: распространение инфекции, как результат поедания трупов, загрызания ослабевших от инфекции особей и совместного сожительства.

Техника полевых опытов:

Первая серия.

В районах расселения [1]).

1. Производятся заражения определенного участка с расчетом одного шарика на 10—20 выходов нор.

2. Проводятся наблюдения над распространением эпизоотии путем:

а) вылавливания живых обитателей и выдерживанием их в лабораторных условиях и

в) последовательной разрывкой зараженного района; найденные трупы, остатки их, паразиты исследуются на наличие паратифа.

Вторая серия.

На мышиных полях[2]).

1. Забивкой жилых и нежилых выходов нор на всем поле, выясняется заселенность его, согласно общепринятой схеме[3]).
2. Отмечается срединный участок мышиного поля.
3. Все жилые выходы нор последнего заражаются нормальной культурой.
4. Через 7 дней зараженный участок, как и все мышиное поле исследуется:

а) забивкой—на жилые и нежилые выходы нор,

---

[1]) Районами расселения называются площади резко обособленных жилищ грызунов.

[2]) Мышиные поля—пространства, сплошь занятые жилищами грызунов.

[3]) Производится предварительная забивка с учетом общего количества выходов нор, через 24 часа выясняется количество отрывшихся; последняя цифра является характерной для заселенности данного района.

б) трупы и остатки на присутствие паратифа,

в) вылавливаются живые обитатели в различных участках поля,

г) переводятся в лабораторные условия.

5. Через 14 дней:

а) повторяется исследование по плану предыдущего параграфа;

б) производится разрывка нор, исходя из срединного зараженного участка по радиусам на различном, по возможности, расстоянии.

По получении данных вышеуказанных опытов, работа направляется на выяснение наилучших приемов заражения:

а) по норно, т. е. через известное количество выходов нор или

б) пространственно, т. е. участками или полосами.

Все вышенамеченные опыты имеют значение только при условии получения точных данных о существовании каннибализма среди полевок. Литературные данные по вопросу о каннибализме разноречивы: одни утверждают, что каннибализм явление нормальное, другие же говорят совершенно обратное. Стационарные наблюдения по этому вопросу никем не проводились. Бывш. Заведывающий Опытной Станцией в Закавказьи, Е. В. Яцентковский, для выяснения этого вопроса, разработал план лабораторных[1]), лабораторно-полевых[2]) и полевых[3]) наблюдений, главные пункты которых могут быть сведены к следующему:

А. Лабораторные:

1. Значение пищи: ассортимент, наличие, недостаточность, отсутствие пищи;

2. „ воды: наличие или отсутствие ее;

3. „ скученности: сожительство при условии разнообразного количества грызунов;

4. „ сожительства при условии различного возраста полевок;

5. „ температуры;

6. „ присутствия ослабленных или пораженных особей;

7. „ присутствия трупов.

В. Лабораторно-полевые[4]).

1. Проводятся опыты по программе предыдущей серии §§ 1—7.

С. Полевые:

1. Принимая во внимание данные, полученные при проведении лабораторных и лабораторно-полевых опытов, для выяснения возможности каннибализма в естественных условиях производится раскопка:

а) в районах расселения;

б) на мышиных полях;

в) при затравливании бактериальным методом.

Проведение опытов, согласно этого плана, осветил бы вопрос о каннибализме, но, в силу создавшихся неблагоприятных условий, была воз-

---

[1]) Лабораторные, т. е. проводимые в чисто искусственных условиях.

[2]) Лабораторно-полевые, т. е. в изолированных пространствах, соответствующих естественным условиям.

[3]) Полевые, т. е. в условиях естественного обитания грызунов (Е. В. Яцентковский. К борьбе с полевыми грызунами II. От. от. Зап. Бел. Гос. Ин-та С. Х. Выпуск 3. 1924 г.).

[4]) Лабораторно полевые опыты, т. е. опыты, которые проводятся в таких условиях, где возможен точный учет наблюдениям с соблюдением нормальной для полевой мыши обстановки. Для этой цели огораживались участки размерами 27 кв. арш., листами железа, последние зарывались в землю на глубину, ниже которой полевка не селилась.

можность разработать только часть его; тем не менее на основании данных опытов и практики можно сказать, что *каннибализм поддерживается и развивается при условии*:

1) отсутствия воды,
2) скученности,
3) наличия ослабленных особей,
4) наличия трупов,
5) влияния температурных условий.

Основанием к этому служит ряд нижеприводимых наблюдений и опытов.

I. *Влияние отсутствия воды и пищи*. Для решения этой задачи в с. Ефремовке, Ахалк. у., Тифл. губ. (Духоборье), на ряду с полевыми были поставлены лабораторные опыты.

1) В 8 клетках посажены полевки по 10-ти штук в каждую; пища зерновая; вода только в первых четырех клетках. По истечении 2-х дней было обнаружено, что в клетках при наличии воды с'едено на цело 7, а в клетках без воды—25 полевок.

2) В 10 клетках заключено 30 полевок по 3 в каждую; пища зерновая; вода в первых 5-ти клетках; через 2 дня в первых трех клетках из 5-ти обнаружено по одной загрызенной; в клетках же без воды с'едено на цело 10 полевок.

3) В 10 клеток посажено поровну 30 полевок; пища—трава, корнеплоды; вода только в первых пяти клетках. Через 2 дня в первых 4-х клетках—4 трупа; во второй партии из 15-ти с'едено 8 полевок.

II. *Влияние скученности*: практика лаборатории подчеркивает значение скученности на развитие каннибализма; малейшая перегрузка клеток с карантинными животными и в результате несколько трупов. В естественных условиях скученность наблюдается в периоды массового размножения; изрытость почвы ходами может достигать такой степени, что лошадь идет по этой местности с величайшей осторожностью, и неудивительно: в некоторых районах Закавказья, как, напр., в Ганжинской губ. регистрация в 1914 году обнаружила до 35 тысяч выходов нор на десятину.

III. *Присутствие ослабленных особей* имеет серьезное значение в развитии каннибализма. Полевка, как и многие другие животные не терпят ослабленных, раненых и больных товарищей и загрызают их. Зараженные полевки, содержимые в общей клетке со здоровыми, загрызались последними и с'едались. При перевозках загрызались, главным образом, ослабевшие особи. В полевых условиях это наблюдалось во время эпидемий, как напр. в Духоборьи, Ахалкал. у., Тифл. губ., в 1917 г., когда во время вспыхнувшей эпидемии среди полевок было поедаемо значительное количество ослабевших от болезни.

IV. *Присутствие трупов* поддерживает развитие каннибализма: наблюдения поля показали, что как при наличии, так и при отсутствии воды и пищи, трупы поедаются охотно. Проф. Kozai[1]), проведя лабораторные и полевые опыты над вредными грызунами с культурой Мережковского, об'ясняет запоздание гибели нескольких зараженных полевок или, что „мыши поели слишком малое количество зараженного теста, или же оттого, что заражение произошло у них лишь впоследствии, при поедании трупов своих товарищей".

Нахождение остатков (шкурок, костей и пр.) в поле, складках и общественных учреждениях, где производилось заражение, подтверждает наше положение (Мережковский, Россиков и др.).

---

[1]) The Billutin of the College of agriculture. Tokyo imperial University. Japan. Vol. W. № 5. 1902 г.

V. *Температурные условия*, безусловно, оказывают влияние на появление каннибализма: опыт лаборатории учит, что в высшей степени опасно повышение температуры карантинной комнаты; следствием недосмотра в этом отношении является несколько загрызенных полевок. В естественных условиях при сильной жаре полевка нападает на своих товарищей и загрызает их или же утоляет жажду трупом.

Большая часть перечисленных условий в той или иной степени повторяется, разумеется, и в поле, особенно в периоды массового размножения и полевой борьбы.

Детальная разработка вопроса о каннибализме принадлежит биологам, мы же, став на точку зрения возможности подобного явления в мире грызунов на основании полученных данных, заинтересованы разрешением вопроса: способствует ли каннибализм распространению заразы при применении бактериального метода.

В ведении указывались причины, лишившие возможности опубликовать исследования о значении трупов, как распространителей инфекции. Оставшийся же в нашем распоряжении материал может быть представлен в следующем виде.

1. *Значение трупа, как непосредственного передатчика заразы.*

2. *Распространение инфекции в цепи путем поедания трупа и сила вирулентности.*

3. *Скорость передачи инфекции.*

К этим же опытам отнесена часть опытов по выяснению значения сожительства на распространение заразы. Несвоевременное из'ятие трупа, вследствие недостаточности обслуживающаго персонала, и здоровая поедала его. Таким образом, оставалась невыясненной причина гибели здоровой: была ли она заражена через соприкосновение или же благодаря поеданию трупа.

В методике заражения применялись обычные приемы, именно: 1 к. с. 24-х часовой культуры смешивался (приблизительно) с 2 гр. ржаной муки и в виде теста скармливался грызуну, при чем грызуны брались выдержанные.

О технике приготовления контрольных сред см. „Техника бактериологических работ станции“ Проф. Е. В. Яцентковского; Труды Земской Опытной Станции по борьбе с грызунами в Закавказьи № 1. 1919 г.

Способы обозначения сокращений привожу здесь:

НБ—нормальный бульон.

НЖ—нормальная желантина.

ВА—агар с виноградным сахаром.

АЭ—агар по Эндо.

Окр.—окраска по Gram'у.

ЧП—разливка на чашки Petri.

СТ—проба стерильна.

ЧК—чистая культура б. Мережковского.

Згр.—загрязняющие бактерии, т. е. не принадлежащие к б. Мережковскому.

Реакция на дифференциальных средах, положительная для б. Мережковского отмечалась плюсом, отрицательная—минусом, а именно:

НБ + легко опадающая пленка на бульоне.

НЖ + желатину не разжижает.

ВА + на агаре с виноградным сахаром не бродит.

АЭ + фуксин в агаре по Эндо не восстанавливает.

Окр. по Gram'у + не окрашивается.

Все обратные реакции, отсутствие легко опадающей пленки на бульоне, появление газа на агаре с виноградным сахаром и пр. отмечалось минусом.

В случае получения минуса хотя бы на одной из дифференциальных сред, не подвергаясь окраске, культура разливалась на чашки Petri и выделенная культура вновь проводилась через дифференциальные среды, а реакции отмечались соответствующими знаками.

Перейдем к рассмотрению проведенных опытов.

I. Возможность заражения при помощи трупа.

ТЕХНИКА:

1) полевки заражаются нормально,
2) после гибели труп взвешивается не вскрытым,
3) предлагается выдержанной полевке при:
   А) нормальных опытных условиях,
   Б) при отсутствии воды или пищи,
4) остатки трупа извлекаются через сутки,
5) отмечается характер поедания,
6) по гибели „здоровой“ производится бактериальное и анатомическое исследования.

А. Каннибализм при нормальных условиях:

№№ по пор.	Вес трупа до поедания	Вес трупа после поедания	ХАРАКТЕР ПОЕДАНИЯ	Примечание
1	14,1	8	внутренности	
2	16	11	печень	
3	14,5	1,5	все, кроме шкурки и костей	
4	19	10	селезенка и часть тонких кишек	
5	14	6	» » »	
6	16	6	внутренности, ребра, конечности	
7	13	7,5	часть внутренностей, мозг	
8	14	12	часть внутренностей	
9	13	5	внутренности, мозг	
10	13	2	все, кроме шкурки и костей	
11	—	—	» »	
12	13	1,5	» »	
13	21	18	внутренности	
14	16,5	10	внутренности	
15	14,5	4	внутренности	
16	14	4	внутренности, мозг, конечности	
17	—	—	» » »	
18	—	—	» » »	
19	15	8	» » »	
20	18	8	» » »	
21	18	7	все внутренности	
22	12	8	часть внутренностей	
23	12,5	6,5	часть внутренностей	
24	20	15	внутренности	
25	16	10	внутренности	
26	—	—	мозг	
27	—	—	»	
28	18,5	17	мозг	
29	—	—	мозг, конечности	

Б. Каннибализм при отсутствии воды или пищи.

№№ по пор.	Вес трупа до поедания	Вес трупа после поедания	ХАРАКТЕР ПОЕДАНИЯ	Примечание
1	14	0,5	все, кроме шкурки и костей	без воды
2	23	14	внутренности, конечности	» »
3	13,5	7	часть внутренностей	» »
4	14,5	8,5	» »	без воды и пищи
5	12	1	все, кроме шкурки и костей	» »
6	11,5	4	внутренности	» »
7	15,5	10	часть внутренностей	» »
8	14	5	часть внутренностей и конечности	» »
9	15	5	часть внутренностей, мозг и ноги	» »
10	13,5	3	часть внутренностей	без корма
11	13,5	9,5	часть внутренностей	» »

Из приведенного можно сделать следующую сводку:

В Е С:

	трупа А	трупа Б	с'еденного А	с'еденного Б
Максимум	21 гр.	23 гр.	13 гр.	13,5 „
Минимум	12 „	11,5 „	1,5 „	4 „
Среднее	15,6 „	14,5 „	15,4 „	14 „

Из этих данных видно, что, как при условии лишения воды или пищи, так и при наличии их, полевка поедает труп, пользуясь им, как для утоления голода или жажды, так при условии наличности корма и воды, как лакомством.

Бактериальные данные павших „здоровых“ полевок § А:

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибели полевки	Продолжител. действия инфекции	Селезенка НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	Печень НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	Кровь НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	19 X	20.X	21 X	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
2	»	»	12.XI	24	ст						ст						ст					
3	»	»	20.X	7	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		Пр	оба	не	бр	ала	сь
4	»	»	3.XI	15	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	—	+		+
5	3.XI	4.XI	10.XI	7	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
6	»	»	9 XI	68	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
7	»	»	10.XI	7	+	+	+	+	+		—	+	—	—		—	+	+	—	+		+
8	»	»	5.XI	2	+	+	—	—		+	+	+	—	—		+	ст					
9	»	»	5 XI	2	ст						ст						ст					
10	4.XI	5.XI	4 XII	31	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+ —[1]		ст					
11	»	»	11.XI	7	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	Пр	оба	не	бр	ала	сь
12	»	»	12.XI	8	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+			»	»		»	
13	»	»	13.XI	9	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+			»	»		»	
14	5.XI	6.XI	11.XI	6	+	+	—	+		+	—	+	—	+		—	+	+	—	+		+
15	»	»	7.XI	2	ст						ст						ст					
16	»	»	9 XI	4	ст						+	+	+	+	+		ст					

[1]) Gram положительные палочки.

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибель полевки	Продолжител. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
17	»	»	10.XI	5	+	+	+	+	—[1] +	+	+	+	+	+	+		Пр	оба	не	бр	ала	сь
18	»	»	9.XI	4	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+			»	»		»	
19	6.XI	7.XI	12.XI	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+			»	»		»	
20	»	»	11.XI	5	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
21	»	»	8.XI	2	ст						+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
22	»	»	8.XI	1	ст						—	+	—	—	—		ст					
23	7.XI	8.XI	10.XI	3	+	+	—	+	+		+	+	—	+		+	ст					
24	»	»	10.XI	3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
25	»	»	28.XI	21	ст						ст						ст					
26	»	»	12.XI	5	+	—	+	+			ст						Пр	оба	не	бр	ала	сь
27	8.XI	9.XI	11.I[1])		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
28	»	»	18.XI	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
29	»	»	10.XI	2	ст						ст						+	+	+	+	+	

Бактериальные данные павших «здоровых» полевок Б:

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибели полевки	Продолжител. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	4.XI	5.XI	8.XI	4	ст						ст						ст	+	+	+	+	
2	»	»	10.XI	6	+	+	+	+	+			+		+	+		+			+	+	
3	»	»	14.XI	10	+	+	+	+	+		+	+	—	—			+	+	+	+	+	
4	5.XI	6.XI	8.XI	3	ст						+ +	+	+			+	ст					
5	»	»	8.XI	3	ст		+				ст	+	+		+	+	+					
6	»	»	11.XI	6	ст						ст						ст					
7	»	»	19.XI	55	+	+		+	+		ст	+					ст					
8	6.XI	7.XI	8 XI	2	+		—	—		+	+		+	+ +	+		ст					
9	»	»	11.XI	5	+	+	—	+		+	—	+	—	—			ст	+	+			
10	»	»	9.XI	3	+	+ +	—	+ +		+	+ +	+	—	—		+	+	+	—	+	+	+
11	»	»	8.XI	2	+ +	+	+		+				+	+	+		+	+	+	+		

Из заражений, приведенных в параграфе А 84%, а в параграфе Б 81% обнаружили присутствие б. Мережковского. Срок гибели полевок в пределах нормального срока, т. е. до 15-ти дней в параграфе А 84%, а в Б 90,9%.

В опыте № 27 § А было повторное заражение полевки нормальной культурой; погибла она через 7 дней, дав чистую культуру на всех пробах; говорить о специфической устойчивости организма не приходится. Можно предположить, что полевка или совсем не тронула труп, или же изведала его в ничтожном количестве. К сожалению, данные об отношении ее к трупу отсутствуют.

---

[1]) Контрольное вскрытие: если гибель полевки не наступала в нормальный период и значительно превышала его, а ощущалась нужда в клетках, то полевку наркотизировали и вскрывали.

Анатомические данные вскрытия павших „здоровых“ полевок § А:

№№ по пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие	Примечание
1	увелич. темн.	увелич. темн.	желчь, кровоизлияние	нормальные	
2	» бледн.	увеличенная	кровоизлияние	»	
3	—	—	—	—	
4	увелич. темн.	увелич. темн.	серый	нормальные	
5	» »	» »	метеоризм	»	
6	» »	» »	»	»	
7	» »	» »	желчь, метеоризм	»	
8	бледная	нормальная	» »	»	
9	темная	уменьш. блед.	черный	кровавые	
10	увелич. темн.	бледная	»	нормальные	
11	нормальная	нормальная	нормальный	»	
12	»	»	»	кровав., пятнистые	
13	увелич. темн.	увелич. темн.	метеоризм	нормальные	
14	» »	» »	метеоризм, кровоизлияние	пятнистые	
15	бледная	нормальная	метеоризм, темный	нормальные	
16	темная	темная	черный	»	
17	»	»	кровоизлияние	»	
18	»	уменьшенная	нормальный	»	
19	увелич. темн.	увелич.бледн.	кровоизлияние	»	
20	» »	» »	»	ателектаз	
21	» »	» »	метеоризм	кровоизлияние	
22	» »	темная	нормальный	нормальные	
23	темная	уменьш. блед.	желчь, разложение	»	
24	увелич. темн.	нормальная	серый	»	
25	увеличенная	увеличенная	»	»	в грудной полости кровоизлияние
26	увелич. темн.	нормальная	нормальный	кровавые	
27	уменьшенная	уменьшенная	черный	обескровлены	
28	увелич. темн.	увелич. темн.	желчь, кровоизлияине	кровавые	
29	увеличенная	» »	желчь, метеоризм	нормальные	

Анатомические данные вскрытий „здоровых“ полевок § Б:

№№ по пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие	Примечание
1	с резко белыми пятнами	нормальная	нормальный	нормальные	
2	темная	увелич. темн.	»	кровавые	
3	»	» »	»	нормальные	
4	»	уменьшенная	темно-серый	кровавые	
5	»	»	нормальный	нормальные	
6	нормальная	нормальная	»	»	
7	увелич. темн.	бледная	»	»	
8	» »	темная	темно-серый	»	
9	» »	»	кровоизлияние	»	
10	» »	нормальная	нормальный	»	
11	» »	увелич. темн.	»	»	

Просматривая только что приведенные анатомические данные, видим, что общепринятая картина патологических изменений органов под влиянием паратифа выражена ясно.

Для подтверждения данных о передаче инфекции через трупы, было важно выяснить вирулентность культур, выделенных из павших „здоровых" полевок.

За отсутствием большого количества выдержанных полевок, пришлось ограничиться контролем 2-х культур, применив каждую из них для заражения 10-ти полевок.

В первом случае была взята культура, выделенная из печени полевки № 6. § А.

Все пробы этого опыта дали ЧК.

Техника та-же, что в основном опыте.

I-й опыт. Бактериальные данные павших „здоровых" полевок.

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибели полевок	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	3 ч. д. 7.XII	вечер 7.XII	17.XII	10	+	—	+	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+	—	+	
2	»	»	15.XII	8	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
3	»	»	10.XII	3	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
4	»	»	14.XII	7	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		—	+	—	+	+	—
5	»	»	11.XII	4	+	—	+	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
6	»	»	17.XII	10	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
7	»	»	9 XII	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
8	»	»	15.XII	8	—	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
9	»	»	12.XII	5	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
10	»	»	13.XII	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+		

Картина в высшей степени характерная; 100% обнаружили присутствие б. Мережковского, пробы печени все 100% ЧК.

Срок гибели полевок в нормальный срок также равнялся 100%.

Данные анатомических вскрытий.

№№ по пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Кровь
1	увелич., желтов. уплотнен.	нормальная	желтый	кровоизл. ателектаз
2	увеличенная	увелич. темная	кровоизлияние	кровоизл. пятна
3	уменьш. бледная	темная	темный	кровавые
4	увелич. темн. уплотн.	увелич. темная	кровоизлияние	» »
5	уменьшен. бледная	темная	серый	резко пятнистые
6	увелич. темная	увелич. темная	метеоризм, кровоиз.	кровь, ателектаз
7	бледная	увелич. темная	темн. метеоризм	кровавые
8	увелич. уплотн.	увелич. темная	кровоизл. желчь	кров. ателектаз
9	увелич. бледная	темная	желчь	резко пятнистые
10	увелич. темная, уплотн.	увелич. темная	» »	кров. ателектаз

Эти данные говорят сами за себя.

Во втором случае была взята культура из селезенки полевки № 7 § А и скормлена 10-ти полевкам; как известно, проба селезенки дала признаки ЧК, в пробах-же печени была обнаружена только кишечная палочка, а в пробе крови, кроме б. Мережковского, обнаружены бактерии, вызывающие брожение виноградного сахара.

Данные бактериальных исследований:

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибели полевки	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	БА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	утр. 19.XII	вечер 19.XII	21.XII	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
2	»	»	»	2	ст						ст						ст					
3	»	»	»	2	ст						ст						ст					
4	»	»	22.XII	3	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
5	»	»	28.XII	9	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
6	»	»	21.XII	2	ст						ст						ст					
7	»	»	24.XII	67	ст						не	бра	ли	сь			+	+	+	+	+	
8	»	»	25.XII	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
9	»	»	22.XII	3	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
10	»	»	21.XII	2	ст						ст						ст					

Полученные данные в высшей степени интересны: или ЧК или полная стерильность. Гибель, за исключением одного случая, последовала очень быстро, в первые 2—3 дня.

Анатомические данные:

№№ пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
1	уменьш. бледная	увелич. темная	серый	пятнистые
2	нормальная	увелич. темная	кровоизлияние	кровавые
3	увелич. бледная	» »	» »	пятнистые
4	нормальная	темная	метеоризм	» »
5	увеличенная	увеличенная	кровоизлияние	нормальные
6	уменьш. бледная	темная	бледная	пятнистые
7	нормальная	темная	кровоизлияние	нормальные
8	увелич. темная	увелич. темная	метеоризм	пятнистые
9	нормальная	увелич. темная	»	кровавые
10	» »	» »	нормальный	пятнистые

Общая характерная картина.

В случае стерильности проб (2, 3, 6, 10) патологическое состояние органов таково, что можно заподозрить наличие инфекции и гибель от сильной интоксикации.

Резюмируя полученные данные, мы приходим к следующему выводу:

1) Трупы полевок, погибших от действия бацилла Мережковского, являются надежным источником для распространения инфекции.

2) Действие бацилла Мережковского через трупы аналогично действию нормальной культуры.

3) Культуры бацилла Мережковского, выделенные из трупов „здоровых“ полевок, высоко вирулентны.

Следующий вопрос:

II. Распространение инфекции в цепи путем поедания трупа и сила вирулентности бацилла.

А. Труп предлагается здоровой полевке при нормальных опытных условиях.

ТЕХНИКА: См. II-я серия стр. 77 §§ 1—9.

Данные бактериальных исследований:

№№ по порядку.	М. ч. дачи трупа	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибели полевки	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
I.																						
1	24 XI	25.XI	26.XI	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		пр	о б	а н	е б	рал.	
2	26.XI	27.XI	3.XII	7	+	+	+	−	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	±[1]	+
3	3.XII	4.XII	9.XII	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
4	9.XII	10.XII	12.XII	32	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
5	12.XII	13 XII	18.XII	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	−	+		+
6	18.XII	19.XII	20.XII	2	+	+	−	+		+	+	+	−	+		+	ст					
7	20.XII	21.XII	23 XII	3	ст						ст						ст					
8	23.XII	24.XII	24.I	31	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
II.																						
1	24.XI	25.XI	1.XII	7	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+[2]	+	+	+	+	+	+	
2	1.XII	2.XII	9.XII	8	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
3	9.XII	10 XII	18 XII	9	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
4	18.XII	19.XII	27.XII	9	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
5	27.XII	28.XII	2.I	9	+	+	+	+	+		+	+	−	−	+	+	+	+	−	+	+	+
6	2.I	3.I	8.I	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
7	8.I	9.I	18.I	10	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
8	18.I	19.I	21.I	3	ст						ст						пр	оба	н е	бра	л а	сь
9	21.I	22.I	13.III	51	ст						ст						ст					
10	13.III	14.III	16.III	3	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
III.																						
1	24.XI	25.XI	29.XI	5	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		пр	оба	н е	бра	л а	сь
2	29.XII	30.XI	8.XII	10	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
3	8.XII	9.XI	14.XII	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
4	14.XII	15.XI	20.XII	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
5	20.XII	21.XI	23.XII	3	ст						+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
6	23.XII	24.XI	25.XII	2	ст						−	+	−	−		−	ст					
7	25.XII	26.XII	28.XII	3	+	+	−	+		+	+	+	−	−		+	+	+	−	+		+
8	28.XII	29.XII	30.XII	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
9	30.XII	31.XII	2.I	3	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
10	2.I	3.I	20 I	18	ст						ст						ст					
11	20.I	21.I	24.I	4	+	+	+	+	+		+	+	−	+		+	+	+	+	+	+	
12	24.I	25.I	24.II	31	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	

¹) Gram—положительные кокки.

²) Gram—положительные палочки.

Анатомические данные:

№№ по пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
I.				
1	увеличенная	темная	молочного цвета	нормальные
2	темная	увеличенная	метеоризм	„
3	увеличенная	„	„	„
4	„	„	бурый	„
5	нормальная	бледная	метеоризм	„
6	темная	„	молочного цвета	„
7	„	темная	кровоизлияние	вишневого цвета
8	увеличенная	увеличенная	„	нормальные
II.				
1	увелич. темная	бледная	молочного цвета	нормальные
2	увеличенная	нормальная	кровоизлияние	кровавые
3	„	„	метеоризм	нормальные
4	„	увеличенная	кровоизлияние	„
5	нормальная	бледная	метеоризм, желтый	пятнистые
6	увелич. темная	увелич. темная	кровоизл. желтый	нормальные
7	увеличенная	увеличенная	метеоризм, желтый	кровавые
8	темная	уменьшенная	нормальный	нормальные
9	уменьшенная	темная	„	„
10	увеличенная	„	кровоизлияние	„
III.				
1	увеличенная	темная	метеоризм	нормальные
2	увелич. темная	увеличенная	кровоизлияние	„
3	увеличенная	темная	„	кровавые
4	„	увелич. темная	метеоризм, желтый	нормальные
5	темная	„	нормальный	пятнистые
6	нормальная	„	молочного цвета	нормальные
7	бледная	увеличенная	нормальный	„
8	увеличенная	ув. темная	молочного цвета	„
9	„	увеличенная	кровоизлияние	пятнистые
10	нормальная	„	„	кровавые
11	бледная	нормальная	нормальный	нормальные
12	увеличенная	увеличенная	кровоизлияние	„

Эти опыты резко выявляют значение трупа в распространении инфекции, а именно в первом случае, инфекция прошла от одного трупа через 8 организмов полевок, и бацилл во весь этот период оставался вирулентным. Гибель от бацилла Мережковского очевидна—88%, причем на долю чистой культуры приходится 50%. В № 7 все пробы обнаружили стерильность. Этот факт в высшей степени интересный. Если бы после обнаружения стерильности следующие пробы № 8 тоже оказались-бы стерильными, то об'яснение было-бы несложно—вирулентность исчезла; но в нашем примере, после стерильных проб в № 7, следующая полевка, погибшая после поедания трупа, как будто бы стерильного, обнаруживает все признаки влияния бацилла Мережковского, при этом дает ЧК в пробах селезенки и печени. Как же понять стерильность? Быть может ответ получим из последующих заражений.

Что-же дало второе заражение?

80% гибели под влиянием бацилла Мережковского, из них 60% ЧК и 20% стерильных.

И в этом ряде опытов вирулентность бацилла не ослабевает, появление инфекции—результаты поедания трупа.

И в этом ряде опытов мы наблюдаем стерильность проб (№№ 8 и 9), которые вновь наводят на вопрос: если труп стерилен, то каким-же образом здоровая полевка, отведав его, погибла от влияния бацилла Мережковского?

Просматривая бактериальные данные третьего опыта, тоже наблюдаем гибель от влияния бацилла Мережковского в 83%, при чем на долю ЧК приходится почти 67%. И здесь лакомство „стерильным“ трупом стоит жизни полевки. Таким образом, вопрос первого и второго ряда опытов остается открытым и ответ может быть дан только по проведении опытов распределении бацилла Мережковского в организме грызунов в течение всего периода болезни.

Что касается анатомических данных, то и они достаточно характерны. Срок гибели полевок в подавляющем большинстве случаев происходит в нормальный срок, а именно: 83% в пределах 10-ти дней и 17% свыше нормального периода.

На основании же вышеприведенных данных можно сказать, что:

1) Трупы полевок, погибших от действия бацилла Мережковского, безусловно, являются распространителями инфекции в цепи.

2) Бацилл Мережковского не теряет своей вирулентности, пройдя в цепи через организм 12 полевок.

Следующий вопрос:

III. Скорость передачи инфекции:

Серия I.

Один труп предлагается 3 здоровым полевкам.

Бактериальные данные:

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа	М. ч. изъят. трупа	М. ч. гибели полевк.	Продолж. действ. инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр	ЧП
1	11.XI	12.XII	18.XII	7	+	+	+	+	+		ст						ст					
2	„ „	„	25.XII	14	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
3	„ „	„	14.I	34	+	+	+	+	+		+	+	−	−		+	+	−	+	+		+

Анатомические данные:

№№ по пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Кровь
1	увелич. темная	увелич. темная	метеоризм	нормальная
2	нормальная	увеличенная	кровоизлияние	„
3	„	темная	метеоризм, кровоизлияние	„

Инфекция безусловна. Во всех заражениях обнаружено присутствие б. Мережковского; анатомическая картина также характерна, в особенности в отношении кишечника.

Серия II.

Десять трупов зараженных полевок оставлено 20-ти здоровым выдержанным грызунам, находящимся в нормальных опытных условиях. Через сутки не только ничего не осталось от этих трупов, но даже были с‘едены 3 „здоровых“ полевки. Таким образом, для исследования можно было использовать только 17 экземпляров.

Бактериальные данные павших „здоровых“ полевок:

№№ по порядку	М. ч. дачи трупа.	М. ч. из'ятия трупа	М. ч. гибели полевки	Продолжит. действ. инф.	Селезенка НБ	Селезенка НЖ	Селезенка ВА	Селезенка АЭ	Селезенка Окр.	Селезенка ЧП	Печень НБ	Печень НЖ	Печень ВА	Печень АЭ	Печень Окр.	Печень ЧП	Кровь НБ	Кровь НЖ	Кровь ВА	Кровь АЭ	Кровь Окр.	Кровь ЧП
1	12.XI	13.XI	14.XI	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
2	„	„	18.XI	6	+	—	—	+		+	+	—	—	+		+	неб	рал	ась	пр	оба	
3	„	„	21.XI	9	+	—	+	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
4	„	„	„	9	+	+	—	+		+	+	+	—	+		+	+	+	+	+	+	
5	„	„	26 XI	14	+	+	—	—		+	+	+	—	—		+	+	+	+	+	+	
6	„	„	22.XI	10	+	—	—	—		+	+	—	—	+		+	+	—	—	—		+
7	„	„	24.XI	12	+	+	—	—		+	+	+	—	—		+	+	+	—	+		+
8	„	„	30.XI	18	+	+	+	+	+		+	+	—	+		+	+	+	+	+	+	
9	„	„	30.XI	18	+	+	—	—		+	+	+	—	+		+	+	+	+	+	+	
10	„	„	9 XII	28	—	—	—	—		—	+	+	+	+	+		пр	оба	не	бра	ла	сь
11	„	„	„	„	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	—	+	+		+
12	„	„	11.XI	30	+	—	—	+		+	+	—	—	—		+	+	—	—	—		+
13	„	„	19.XII	38	+	—	—	+		+	+	—	—	—		+	+	—	—	+		+
14	1) „	„	—	—	+	—	—	—		+	+	+	+	+	+		+	—	—	+		+
15	1) „	„	—	—	ст						ст						ст					
16	1) „	„	—	—	ст						ст						ст					
17	1) „	„	—	—	ст						+	+	+	+	+		+	—	+	—		+

Анатомические данные:

№№ по пор.	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
1	увеличенная	нормальная	нормальный	нормальные
2	уменьшенная	»	»	»
3	увеличен. темная	увеличен. темная	серый	»
4	темная	» »	»	»
5	»	темная	»	»
6	увеличен. темная	увеличенная	желтый	»
7	увеличенная	»	нормальный	»
8	нормальная	нормальная	желтый	кровоизлияние
9	увеличенная	»	нормальный	нормальные
10	»	»	»	»
11	»	»	»	»
12	увеличенная	увеличенная	»	кровоизлияние
13	»	»	»	нормальные
14	»	»	»	кровоизлияние
15	нормальная	нормальная	»	нормальные
16	»	»	»	»
17	»	»	»	»

И гибель полевок в пределах нормального срока и картина патологического состояния характерны. Бактериальные исследования, не считая, конечно, контрольных вскрытий, обнаружили присутствие б. Мережковского в 76,4%. Данный ряд опытов подтверждает распространение инфекции.

Однако, ввиду отрывочности и малочисленности этих опытов— особенно выявляется необходимость в более детальной и последовательной разработке вопроса о скорости передачи инфекции.

Как указывалось, опыты о влиянии сожительства в распространении инфекции, вследствие несвоевременного из'ятия трупа, т. е. до поедания его сотоварищами, тоже отнесены к опытам по распространению инфекции через трупы.

1) Контрольное вскрытие: если гибель полевки не наступала в нормальный период и значительно превышала его, а ощущалась нужда в клетках, то наркотизировали и вскрывали.

Опыт 1-ый.

Десять полевок заражались и немедленно сажались к 10-ти здоровым. По мере заболевания или же по гибели они загрызались или-же частично поедались более здоровыми.

Картина бактериологических исследований зараженных полевок:

№№ по порядку	М. ч. посадки зараженной	М.ч. пэ'ятия трупа	М.ч. гибели полевки	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
					НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
	12 ч. д.																					
1	14.I	15.I	15.I	3	ст						+	+	+	+	+		ст					
2	»	»	19.I	5	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	—	+		+
3	»	»	16.I	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
4	»	»	20.I	6	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
5	»	»	16.I	2	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
6	»	»	19.I	5	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
7	»	»	19.I	5	+	+	+	+	+		+	+	—	+	+	+	+	+	+	+	+	
8	»	»	17.I	3	ст						+	+	+	+	+		ст					
9	»	»	19.I	5	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
10	»	»	18.I	4	+	+	—	+		+	+	+	—	+		+	проба не брал.					

Ясно, что труп является очагом инфекции; б. Мережковского высоковирулентен; наличие его 100%.

Срок гибели в пределах нормального срока 100%.

Анатомические данные:

№№ попорядку	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
1	нормальная	нормальная	нормальный	окровавленные
2	увеличенная, темная	увеличенная, темная	»	пятнистые
3	нормальная	темная	желчь	нормальные
4	увеличенная, темная	увеличенная	»	»
5	темная	темная	нормальный	пятнистые
6	нормальная	нормальная	красноватый	»
7	увеличенная	увеличен. пятна	»	нормальные
8	уменьшенная	нормальная	»	окровавленные
9	уменьшен. бледная	»	желто-розовый	пятнистые
10	нормальная	темная	нормальный	»

Анатомические данные также характерны.

Просмотрим бактериальные данные павших „здоровых" полевок.

№№ по порядку	М. ч. посадки зараженной	М. ч. гибели «здоровой»	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
				НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	14.I 12 ч.д.	22.I	8	ст						+	+	+	+	+		ст					
2	»	21.I	7	ст						ст						ст					
3	»	22.I	8	+	+	+	+	+		ст						+	+	+	+	+	
4	»	22.I	8	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		ст					
5¹)	»																				
6	»	20.II	35	+	—	+	+		+	ст						ст					
7	»	14.II	29	+	+	—	+		+	+	+	—	+		+	ст					
8	»	1.II	15	ст						ст						ст					
9	»	23.I	9	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
10¹)	»																				

¹) Полевки с'едены совершенно.

Гибель от действия бацилла Мережковского 75% срок гибели до 15 дней тоже 75%.

Анатомические данные:

№№ по порядку	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
1	нормальная	нормальная	нормальный	пятнистые
2	»	»	»	кровавые
3	увеличенная	увеличенная	кровоизлияние	нормальные
4	нормальная	нормальная	нормальный	»
5	—	—	—	—
6	нормальная	нормальная	нормальный	нормальные
7	уменьшенная	увеличенная	»	»
8	темная	темная	»	кровавые
9	увеличенная	увеличенная	оранжевый	нормальные
10	—	—	—	—

Анатомические данные не дают ничего характерного.

Опыт II-й.

Десять зараженных полевок были посажены к 20-ти здоровым. Из зараженных 5 было загрызено настолько, что не только проб для бактериального исследования не удалось взять, но даже не удалось отметить анатомических изменений. Больше даже из „здоровых“ полевок было с'едено три.

Бактериальные данные павших зараженных полевок.

№№ по порядку	М. ч. посадки зараженной	Месяц и число гибели зараженной	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
				НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	14.I	21.I	7	ст						+	+	+	+	+		ст					
2	»	24.I	10	—	—	—	—		—	+	+	—	+		+	+	+	+	+	+	+
3	»	6 II	23	+	+	—	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
4	»	28.I	14	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
5	»	15.II	31	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+

И в этом опыте труп способствует распространению заразы.

Вирулентность резко выражена.

В 100% обнаружено присутствие б. Мережковского, из них 80% ЧК.

Что же касается срока гибели полевок, то только в 2-х случаях можно констатировать запоздавшее действие.

Анатомические данные:

№№ по порядку	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
1	нормальная	нормальная	нормальный	кровавые
2	увеличенная	»	»	нормальные
3	»	увеличен. темная	»	»
4	»	увеличенная	»	кровавые
5	»	»	»	»

Патологическое состояние органов также говорит о влиянии б. Мережковского на полевку.

Приведем данные бактериологических исследований павших „здоровых“ полевок:

№№ по порядку	М. ч. заражения	Месяц и число гибели „здоровой“	Продолжит. действия инфекции	Селезенка						Печень						Кровь					
				НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП	НБ	НЖ	ВА	АЭ	Окр.	ЧП
1	14.I	20.I	6	ст						+	+	—	—		+	+	+	—	—		+
2	»	28.I	14	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+							
3	»	28.I	14	+	—	—	—		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+		+
4	»	30.I	16	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
5	»	1.II	17	+	-	—	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
6	»	5.II	22	+	—	-	+		+	+	+	—	+		+	+	+	+	+	+	
7	»	6.II	23	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
8	»	6.II	23	+	+	—	—		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
9	»	8.II	25	ст						ст						ст					
10	»	8.II	25	ст						+	+	+	+	+		ст					
11	»	11 II	28	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
12	»	21.II	37	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
13	»	1.III	44	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
14	»	12.III	56[1])	ст						ст						+	+	+	+	+	
15	»	» »	»	ст						ст						+	—	+	—		+
16	»	» »	»	ст						ст						+	—	+	+		+
17	»	» »	»	ст						ст						+	—	+	+		+

92% гибели от действия б. Мережковского.

Можно констатировать замедление действия б. Мережковского. Это, безусловно, является отзвуком задержки срока гибели зараженных полевок.

Анатомические данные:

№№ по порядку	Селезенка	Печень	Кишечник	Легкие
1	увеличен. темная	увеличен. темная	зеленоватый	нормальные
2	увеличенная	увеличенная	нормальный	кровавые
3	»	нормальная	кровоизлияние	нормальные
4	»	увеличенная	»	кровоизлияние
5	»	»	»	нормальные
6	»	»	»	»
7	увеличен. темная	»	серый	пятнистые
8	увеличенная	»	нормальный	нормальные
9	темная	темная	»	»
10	увеличенная	увеличенная	желчь	»
11	»	»	нормальный	кровоизлияние
12	»	»	желчь	нормальные
13	»	»	кровоизлияние	»
14	»	нормальная	нормальный	»
15	нормальная	увеличен. бледная	кровоизлияние	кровоизлияние
16	»	бледная	»	нормальные
17	увеличенная	увеличен. бледная	»	»

Патологическое состояние органов вполне характерно при влиянии бацилла Мережковского на организм.

В результате последних 2-х опытов ясно, что поедание трупов способствует распространению инфекции.

---

[1]) Контрольные вскрытия.

Делая сводку настоящей работы, мы констатируем, что:

1) Трупы полевок, зараженных б. Мережковского, являются очагами инфекции.

2) Распространение инфекции в цепи путем поедания трупа продолжается минимум 60 дней.

3) Сила вирулентности бацилла Мережковского в трупе и на бульонной культуре — равны.

В заключение должно выразить пожелание о всестороннем исследовании этого вопроса, как имеющего научное значение, так и являющегося краеугольным камнем для проведения в жизнь бактериального метода.

Н. К. З.
Б. Г. Ин-т. С. и Л. Хоз.
Оп. Ст. бор. с вред.
Бактер. Отд.
Минск

Kadaver als Infektionsüberträger.

LABORATORIENVERSUCHE

PROGRAMM:

Die 1-ste Serie:
Die Ansteckungsmöglichkeit durch Kadaver.

Die 2-te Serie:
Die Infektionsverbreitung in einer Kette vermittels Kadaververzehrens und die Virulenzkraft.

Die 3-te Serie:
Die Übertragungsgeschwindigkeit der Infektion.

Die 1-ste Serie:
Die Ansteckungstöglichkeit durch Kadaver:
Methode:

1) die Wühlmaus wird per os von einer 24-stündigen Kultur der Bacille Mereschkovsky's angesteckt;
2) nach dem Untergange wird der Kadaver abgewägt;
3) wird einer gesunden Wühlmaus[1]), unter der Bedingung:
   a) von Futter und Wasservorhandesein,
   b) ohne Futter und Wasser im Laufe von 24 Stundern,—vorgesetzt;
4) die Kadaverüberbleibsel werden nach 24 Stunden entfernt;
5) werden abgewägt;
6) wird der Verzehrungscharakter angemerkt;
7) nach dem Untergange der „gesunden"[2]) Wühlmaus wird eine anatomische und bakteriologische Untersuchung angestellt.

A. Neunundzwanzig Wühlmäusekadaver, welche von der Wirkung der Bacille Mereschkovsky's umgekommen waren, wurden während 24 Stunden in 29 Käfigen einzelner erprobter Wühlmäuse, beim Vorhandensein von Futter und Wasser, gelassen. Von ihnen kamen 84% von der Wirkung der Bacille Mereschkovsky's in einer normalen Zeitperiode, d. h. bis zu 15 Tagen, um; 16% erwiesen sich als steril oder ergaben Darmstöckchensymptome (Bacillus coli commune).

B. Elf einzelnen Wühlmäusen wurden Kadaver von normaler Ansteckung umgekommener Wühlmäuse, unter der Bedingung von Futter-und Wasserentziehung während 24 Stunden, vorgesetzt.

---

[1]) Die zu Versuchen bestimmten Wühlmäuse wurden im Laufe von 2 Wochen in Quarantaine gehalten, ein Teil von ihnen wurde auf Abwesenheit typhusartiger Bacillen untersucht.

[2]) «Gesund» heisst eine solche Wühlmaus, die nicht von der unmittelbaren Wirking der Kultur, sondern von Ansteckung vermittels Kadaververzehrens umgekommen ist.

Die bakteriologischen Beweisstücke der umgekommenen „gesunden" Wühlmäuse: bei 84% fand sich die Bacille Mereschkovsky's vor; 16% erwiesen sich als steril. Untergangsfrist in normaler Zeitperiode—90%. Um die Beweisstücke über die Infektionsübertragung durch Kadaver zu bestätigen, war es wichtig die Virulenz der aus den umgekommenen „gesunden" Wühlmäusen ausgeschiedenen Kulturen zu verdeutlichen. Im ersten Falle wurde eine aus der Leber der Wühlmaus ausgeschiedene Kultur, deren alle Proben eine reine Kultur der Bacille Mereschkovsky's ergaben, angewandt.

Es wurden 10 Ansteckungen ausgeführt.

100% offenbarten eine Anwesenheit der Bacille Mereschkovsky's ergaben.

Alle Wühlmäuse kamen in einer Zeitperiode von 2—10 Tagen um.

In zweiten Falle wurde eine Kultur, die aus der Wühlmaus ausgeschieden war und ausser dem Vorhandensein der Bacille Mereschkosky's fremdartige Bakterien ergab, angewandt.

Es wurden 10 Ansteckungen ausgeführt.

Der Untergang der Wühlmaus trat in 2—3 Tagen ein.

Interessante Beweisstücke: 50% ergaben eine reine Kultur der Bacille Mereschkovsky's, 50% erwiesen sich als steril.

Ich fasse die Beweisstücke zusammen:

1) die Kadaver der von der Wirkung der Bacille Mereschkovsky's umgekommenen Wühlmäuse erscheinen als zuverlässige Quellen für die Infektionsverbreitung;

2) die aus den Kadavern der „gesunden" Wühlmäuse ausgeschiedenen Kulturen der Bacille Mereschkovsky's besitzen einen hohen Virulenzgrad.

Die 2-te Serie:

Die Infektionsverbreitung in einer Kette vermittels Kadaververzechrens und die Virulenzkraft.

Methode:

1—7 (Sich Serie I §§ 1—7).

8) Der Kadaver der ersten „gesunden" Wühlmaus wird einer zweiten gesunden u. s. w.„ bis zur Verdeutlichung der augenscheinlichen Symptome einer Epidemieabwesenheit für die Infektionsverbreitung durch Kadaver,—vergesetzt.

Methode:

Der erste Versuch wurde durch den Organismus von 8, der zweite—von 10, der dritte—von 12 Wühlmäusen-geführt.

Im ersten Falle kamen von der Gegenwirkung der Bacille Mereschkovsky's 88% um.; 50% von ihnen ergaben eine reine Kultur. Im zweiten Falle waren die entsprechenden Zahlen 80% und 60%, im dritten—83% und 67%. Die ülrigen Falle erwiesen sich als steril.

Resultat:

Die Bacille Mereschkovsky's verbiert nicht ihre Yirulenz, wenn sie durch den Organismus von 12 Wühlmäusen im Kette dringt.

Die 3-te Serie:

Die Übertragungsgeschwindigkeit der Infektion.

A) Der Kadaver der von Bacille Mereschkovsky's umgekommenen Wühlmaus wird 3 Wühlmäusen vorgesetzt;

B) 10 Kadaver werden 20 Exemplaren vorgesetzt.

Methode:

Sich Serie I. §§ 1—7.

Im ersten Falle offenbarten alle 100% ein Vorbandenzein der Bacille Mereschkovsky's, im zweiten Falle—76,4%. Ferner wurden Versuche über die Einwirkung des Zusammenlebens auf die Infektionsverbreitung angestellt, aber infalge technischer Defekte wurden die letzteren von den gesunden aufgefressen.

In Erwägung des Gesagten sind auch diese Versuche auf Versuche der 1-ste Serie bezogen.

A. Zehn Wühlmäuse wurden angesteckt und unverzüglich zu 10 gesunden gesetzt. Nach Massgabe ihrer Erkrankung oder ihres Untergangs wurden sie von den gesunden zernagt oder aufgefressen.

Die bakteriologischen Beweisstücke der angesteckten Wühlmäuse: 100% ergaben ein Vorhandensein der Bacille Mereschkovsky's, die „gesunden" aber—75%.

B. 10 angesteckte Wühlmäuse wurden zu 20 gesunden gesetzt.

Fünf von den angesteckten und drei von den gesunden waren in einem solchen Grade zernagt, dass es unmöglich war, eine Untersuchung auszuführen.

Die bakteriologischen Beweisstücke der angesteckten Wühlmäuse offenbarten in 100% eine Anwesenheit der Bacille Mereschkovsky's, die der „gesunden"—92%.

Zusammengfassung der ausgeführten Versuche:

1) **Die Kadaver der von der Bacille Mereschkovsky's angesteckten Wühlmäuse erscheinen als Infektionsherde.**

2) **Die Virulenzkraft der Bacille Mereschkovsky's im Kadaver und n der Bouillonkultur ist eine gleiche.**

Bakteriologe E. Jazentkovskaja.

Volkkom der Landwirtschaft.
Das Weiss St. land-u. forst Institut.
Station für Bekämpfung der Schädiger.
Bakt. Ab.

Minsk.

О венерических болезнях среди застрахованных гор. Минска.

По материалам Центральной Рабочей Амбулатории за 1924 г.

Заведующего кожно-венерическим кабинетом Ц. Р. А.

С. К. Розенталя.

В предыдущем номере журнала мы сделали попытку изучить вопрос о распространении венерических болезней среди населения гор. Минска, при чем исходили из данных за 1-ое полугодие 1924 г. и основывались на материале Ц. Р. А., вендиспансера и частной врачебной практики. Наряду с выяснением количественных отношений мы старались также выяснить статистически те социально-бытовые моменты, которые должны быть учтены в борьбе с венерическими болезнями.

В настоящей работе мы преследуем те же цели, но с одной стороны суживаем и углубляем их тем, что разрабатываем лишь материал, относящийся к застрахованным, а с другой расширяем базу наших исследований, так как исходим не из полугодичных, а годовых цифр, полученных по карточкам мужского и женского венерических приемов Центральной Рабочей Амбулатории.

Ц. Р. А., как известно, охватывает главную массу застрахованных больных. Однако помимо Ц. Р. А. значительный процент застрахованных лечится и в вендиспансере, составляя там по нашим данным за 1-ое полугодие 1924 г. 39 проц. мужчин и 33 проц. женщин.

Из цифр, приведенных в нашей предыдущей работе, можно заключить, что из общего количества застрахованных венериков через кабинет Ц. Р. А проходит приблизительно около $^2/_3$. Эту поправку необходимо иметь в виду, чтобы составить себе представление об абсолютном количестве больных, что же касается относительного распределения больных по различным группам и категориям, то, конечно, результаты, полученные при изучении материала Ц. Р. А. могут быть распространены на всех в Минске застрахованных венериков.

За 1924 год через мужской и женский венерические приемы Ц. Р. А. прошло 1215 первичных больных, из которых венериков было 744 человека. Распределение больных по полу и различным категориям заболеваний представлено в таблице № 1 и 2.

Мужчины.

Таблица 1

		Число случаев	Проц. в данной группе	Проц. отнош ко всем больным
Триппер	острый	215	64	40
	хронический	121	36	22,5
	всего	336	100	62,5
Сифилис	первичный	8	7,5	2,8
	вторичн. свежий	7	—	—
	„ рецидивн.	7	3,5	1,3
	скрытый	158	79,5	29,5
	третичный	12	6	2,2
	наследственный	4	2	0,7
	метасифилис	3	1,5	0,6
	всего	199	100	37,1
	мягкий шанкр	2	—	0,4
	итого	537	—	100

Женщины.

Таблица 2

		Число случаев	Проц. в данной группе	Проц. отнош. ко всем больным.
Триппер	острый	24	50	11,6
	хронический	24	50	11,6
	всего	48	100	23,2
Сифилис	первичный	1	} 2,5	1,9
	вторичный свежий	3		
	„ рецидив.	7	4,5	3,4
	скрытый	134	84,2	64,7
	третичный	6	3,8	2,9
	наследственный	8	5	3,9
	метасифилис	—	—	—
	всего	159	100,0	76,8
	мягкий шанкр	—	—	100
	итого	207	—	—

Из таблиц видно, что среди мужчин большая часть приходится на больных триппером, а среди женщин на больных сифилисом. Если сравнить мужчин и женщин по отдельным заболеваниям, то окажется, что на одно свежее зарегистрированное заболевание триппером среди женщин приходится 9 мужских; а на один случай свежего сифилиса у женщин 4 мужских. В предыдущей работе мы также имели отношения в таком-же роде (1 : 7 и 1 : 2) и указывали на их значение.

Свежих заболеваний сифилисом за весь год зарегистрировано всего 19—число относительно очень небольшое. Столь-же благоприятно и малое количество заразных рецидивных форм сифилиса—всего 14 случаев за год.

Мягкий шанкр представлен всего 2-мя случаями, при чем оба они имели своим источником заражения не Минск (Армавир). Мы уже указывали в прошлой статье на исключительную редкость мягкого шанкра в Минске и можем теперь это еще раз подчеркнуть. К сожалению, нельзя сказать того-же о триппере, давшем солидную цифру в 249 свежих заболеваний.

Приведенные цифры говорят о том, что сифилическая опасность в Минске в значительной мере изжита. Это свидетельствует об успешности борьбы с сифилисом. С другой стороны мы видим, что в отношении триппера дело обстоит далеко не благополучно. Это об'ясняется, по нашему мнению, тем, что главной мерой по борьбе с венерическими болезнями в Минске до сих пор была организация бесплатной специальной лечебной помощи, а санитарно-просветительная работа отступала перед ней на задний план. Общедоступное бесплатное лечение быстро уменьшило число заразных форм сифилиса и, тем самым, резко понизило число свежих заболеваний; что-же касается триппера, то здесь, понятно, лечение не могло дать таких блестящих результатов, как при сифилисе. К сожалению, хроническая гонорея, особенно у женщин, слишком часто остается не излеченной и, не впадая в преувеличение, можно сказать, что сделать сифилитика безопасным для окружающих значительно легче, чем трипперного больного. Одной лечебной помощью в борьбе с триппером обойтись нельзя, даже при условии, что все трипперные больные будут лечиться хотя-бы до бесконечности. Если при сифилисе центр тяжести лежит в лечении самого больного, так как, тем самым, мы предохраняем здоровых,—то при триппере этого явно недостаточно. Здесь открывается широкое поле действия для санитарно-просветительной работы, в частности-же для энергичной пропаганды мер личной профилактики. Если последняя и не дает абсолютной гарантии, то, несомненно, что все-же ей должно быть отведено одно из первых мест в борьбе с венерическими болезнями. О недостаточном ознакомлении широких масс с венерическими болезнями говорит также и то, что из 19 свежих случаев сифилиса всего 9 обратилось за помощью своевременно, т. е. до наступления вторичных явлений. Это наглядно свидетельствует о недостаточности теперешней санитарно-просветительной работы и о необходимости всемерно ее усилить.

Распределение материала по союзам представлено в таблицах 3 и 4-ой. Для получения возможности сравнивать союзы по их заболеваемости, для каждого из них высчитан сравнительный коэффициент (множитель), при чем за единицу взято число застрахованных наиболее крупного союза совработников. (См. табл. №№ 3, 4 стр. 101, 102).

Из сравнения обеих таблиц видно, что свежая заболеваемость, как сифилисом, так и триппером среди обеих групп в общем одинаковая. Есть разница в отношении числа скрытых форм сифилиса, при чем среди непроизводственных союзов их в 1½ раза больше.

Таблица № 3

Производственные профсоюзы.

№№ по пор.	НАИМЕНОВАНИЕ СОЮЗА	Число застрахован.	Сравнит. коэффиц.	ТРИППЕР: остр. м	остр. ж	хронич. м	хронич. ж	всего м	всего ж	всего всего	СИФИЛИС: свеж. м	свеж. ж	II рецид. м	II рецид. ж	скрыт. м	скрыт. ж	третич. м	третич. ж	налед. м	налед. ж	мета сифил. м	мета сифил. ж	всего м	всего ж	всего всего	Мягкий шанкр м	Мягкий шанкр ж	ИТОГО м	ИТОГО ж	ИТОГО всего
1	Деревообделочник . .	1235	8,1	4	1	7	—	11	1	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	11	2	13
2	Кожевник	3558	2,8	19	2	17	2	36	4	40	—	—	1	1	14	8	1	—	—	—	—	—	16	9	25	—	—	52	13	65
3	Металлист	1051	9,5	11	—	3	—	14	—	14	—	—	1	—	1	3	—	1	—	—	—	—	2	4	6	—	—	16	4	20
4	Строитель	5343	1,9	19	1	6	1	25	2	27	2	—	1	1	12	11	—	—	—	—	—	—	15	12	27	—	—	40	14	54
5	Химик	571	17,6	3	—	1	—	4	—	4	1	—	—	1	2	3	—	1	—	—	—	—	3	5	8	—	—	7	5	12
6	Швейпром	1672	6,0	5	2	3	1	8	3	11	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	3	1	4	—	—	11	4	15
7	Полиграфическ. . . .	1686	5,9	10	1	2	—	12	1	13	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	—	—	5	1	6	—	—	17	2	19
8	Пищевик	3217	3,1	12	—	4	1	16	1	17	1	—	1	—	7	6	1	—	1	—	—	—	11	6	17	—	—	27	7	34
9	Трансраб	2056	4,9	9	1	8	—	17	1	18	1	—	—	—	9	9	1	—	1	—	—	—	12	9	21	—	—	29	10	39
10	Рабземлес	1886	5,3	12	3	11	2	23	5	28	1	—	1	1	6	9	—	—	—	—	2	—	10	10	20	—	—	33	15	48
	Всего в 10 союзах .	22275	—	104	11	62	7	166	18	184	6	—	6	4	57	52	4	2	2	—	2	—	77	58	135	—	—	243	76	319

Не производственные профсоюзы.

Таблица № 4

№ по пор.	НАИМЕНОВАНИЕ СОЮЗА	Число застрахован.	Сравнительный коэффициент	Триппер: острый м.	ж.	хронич. м.	ж.	ВСЕГО м.	ж.	всего	Сифилис: I и II свежий м.	ж.	II рец. м.	ж.	скрытый м.	ж.	третичный м.	ж.	наследств. м.	ж.	мета сифил. м.	ж.	ВСЕГО м.	ж.	всего	Мягк. шанкр м.	ж.	ИТОГО м.	ж.	всего
1	Всемедикосант.	3560	2,8	6	1	2	4	8	5	13	1	—	—	1	5	15	1	2	—	4	—	—	7	22	29	—	—	15	27	42
2	Нарпит	1666	6	3	4	—	1	3	5	8	1	—	—	—	5	18	—	—	—	—	—	—	6	18	24	—	—	18	23	41
3	Р. К. Х.	3204	3,1	5	—	3	2	8	2	10	1	—	—	2	4	6	—	—	—	—	—	—	5	8	13	—	—	13	10	23
4	Нарсвязь	1458	6,9	7	—	7	1	14	1	15	—	—	—	—	10	2	1	1	—	—	—	—	11	3	14	—	—	25	4	29
5	Совработники	10053	1	52	5	28	3	80	8	88	4	3	1	—	52	31	2	—	1	2	1	—	61	36	97	—	—	141	44	185
6	Рабис	809	12,4	9	—	3	4	12	4	16	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	16	4	20
7	Рабпрос	4563	2,2	12	2	12	1	24	3	27	—	—	—	—	15	9	—	1	1	2	—	—	16	12	28	—	—	40	15	55
8	Всего в 7 союзах	24707	—	94	12	55	16	149	28	177	7	3	1	3	92	81	5	4	2	8	1	—	108	99	207	2	—	257	127	384
	Внесоюзные	—	—	17	1	4	1	21	2	23	2	1	—	—	9	1	3	—	—	—	—	—	14	2	16	—	—	35	4	39

Интересно рассмотреть и сравнить между собой отдельные союзы. Пользуясь сравнительным коэффициентом, легко увидеть, что по трипперу на первом месте стоит союз Рабис, а по сифилису Нарпит. Лучше всего обстоит дело по трипперу в союзе РКХ , а по сифилису у деревообделочников. Практическое значение этих данных, как показателей того, какие союзы и в какой мере нуждаются в санпросветительной работе, конечно, не велико. Однако их можно использовать, как агитационный материал в этой работе.

Таблица 5-ая освещает вопрос о семейном положении больных на основании ответов, имеющихся в 514 карточках. На женатых и замужних приходится 50 проц. Если-же остановиться на свежих заболеваниях, то окажется, что из 20-ти женщин 17 заболело, состоя в браке.

В предыдущей статье мы уже указывали на большой % заболеваний, приходящийся на состоящих в браке, но так как мы основывались тогда в значительной мере на материале диспансера, то не имеем уверенности в том, что все зарегистрированные, как замужние, действительно таковыми были. Сейчас, пользуясь исключительно карточками ЦРА, заполняемыми не на основании словесных заявлений больных, а по лечебным книжкам, мы можем еще раз подчеркнуть значительную роль брака в распространении венерических болезней среди женщин.

Семейное положение — Таблица № 5

	Сифилис				Триппер				ВСЕГО			В %%
	Свежий		Проч. формы		Острый		Хронич.					
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	всего	
Холост, девица	9	—	44	11	107	2	48	2	208	15	223	43,4
Женат, замужн.	2	2	74	63	56	15	36	9	168	89	257	50
Вдовец, вдова	—	—	4	5	—	—	1	2	5	7	12	2,3
Дети	2	—	5	13	—	1	—	1	7	15	22	4,3
Итого	13	2	127	92	163	18	85	14	388	126	514	100

По вопросу об источниках заражения ответ имеется в 232 карточках (таблица 6-ая).

Таблица № 6

Источник заражения

		Сифилис		Триппер		Всего
		Свежий	Проч. формы	Острый	Хронич.	
Мужчины	Проститутка	2	20	38	16	76
	Жена	–	3	31	4	38
	Знакомая	6	8	48	11	73
	Внеполов.	1	1	—	—	2
Женщин.	Муж	1	13	16	2	32
	Знакомый	—	—	2	—	2
	Внеполов.	2	5	1	1	9

Среди женщин муж, как источник заражения, отмечен 32 раза из 43-х, т. е. 74,4 проц., а среди мужчин жена в 20 проц. была виновницей болезни. Проститутка, как источник заражения, отмечена в 40 проц. слу-

чаев. Несомненные указания о внеполовом заражении сифилисом имеются в 9-ти случаях—все они, за исключением одного, относятся к детям.

В таблице 7-ой материал разбит по возрастным группам. Наибольшее число случаев падает на возраст от 20—29 лет—56,8 проц. Группа

Возрастной состав

Таблица № 7

	Сифилис				Триппер				ИТОГО			В 0/0 0/0
	Свежий		Проч формы		Острый		Хронич.					
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	всего	
До 15 лет. .	1	1	5	13	—	1	—	1	6	16	22	2,9
От 15—19 „ . .	1	—	1	6	9	5	4	—	15	11	26	3,5
„ 20—24 „ . .	3	2	34	38	69	11	20	11	126	63	189	25,4
„ 25—29 „ . .	8	1	48	40	72	5	54	5	182	51	232	31,2
„ 30—34 „ . .	1	—	39	20	36	1	21	1	97	22	119	16
„ 35—39 „ . .	1	—	29	18	16	1	10	3	56	22	78	10,5
„ 40 и старше .	—	—	28	20	13	—	12	3	53	23	76	10,5
Итого. .	15	4	184	155	215	24	121	24	535	207	742	100

от 15—19 лет принимает участие в 3,5 проц., а если остановиться только на свежих случаях, то в 5,6 проц. (15 случаев из 268). Незначительное участие группы этого возраста является, по нашему мнению, благоприятным симптомом, свидетельствующим, как мы указывали и в предыдущей статье, об оздоровлении Минской рабочей молодежи. Половая жизнь этой молодежи должна была-бы послужить об'ектом всестороннего изучения путем проведения половых анкет.

Национальный состав представлен в таблице 8-ой.

Национальный состав.

Таблица № 8

	Сифилис				Триппер				Всего			В проц.
	Свеж.		Проч. формы		Остр.		Хронич.					
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	всего	
Белорусс.-ка .	11	3	110	102	113	14	77	14	311	133	444	59,9
Великоросс.-ка .	1	1	15	19	18	3	14	2	48	25	73	9,8
Еврейс.-ка . .	2	—	48	25	69	6	26	8	145	39	184	24,8
Полякс.-ка . .	1	—	4	6	6	—	3	—	14	6	20	2,7
Прочие . .	—	—	7	3	9	1	1	—	17	4	21	2,8
Итого	15	4	184	155	225	24	121	24	535	207	742	100

По переписи 1923 года население Минска состоит из 40,8 проц. белоруссов, 43,5 проц. евреев, 7,3 проц. великороссов, 4,1 поляков и 4,3 проц. проч. национальностей. Сопоставляя эти отношения с представленными в таблице, легко увидеть, что заболеваемость среди евреев стоит значительно ниже среднего уровня.

Заканчивая, мы должны подчеркнуть, что имеется, как весьма незначительная свежая заболеваемость сифилисом, так и небольшое количество его заразных форм. Этот отрадный факт мы рассматриваем, как результат улучшения и общедоступности лечебной помощи. Значительное количество свежих заболеваний триппером показывает, однако, что и улучшенная постановка лечебного дела недостаточна для борьбы с этой болезнью. Необходимо поэтому усилить санитарно-просветительную работу и, в частности, широко пропагандировать меры личной профилактики.

Незначительная заболеваемость среди подрастающей рабочей молодежи свидетельствует, повидимому, об изменившемся характере ее половой жизни. Для выяснения этого вопроса, повторяем еще раз, необходимо приступить к широкому проведению половых анкет.

Перспективы борьбы с малярией в Белоруссии.

Д-р Я. А. Раховский.

Малярия не новый, неведомый гость в нашей Российской Республике. Еще со второй половины прошлого столетия она известна, как болезнь, поражавшая свыше 3½ миллионов населения и долгие годы занимавшая чуть ли не первое место в ряду инфекционных заболеваний в нашей стране. Также давно известны места постоянно и жестоко поражаемые лихорадкой, очаги малярийной эндемии: Кавказ, Туркестан и Поволжье. В этих местах заболеваемость всегда была высокой и достигала порой 80-90 проц.

Изучение истории малярийных заболеваний показывает, что время от времени, в среднем через 4-5 лет, наблюдался под'ем малярийной кривой, прилив и отлив эпидемической волны. Но в последние годы мы переживаем период невиданной до сих пор малярийной эпидемии, охватившей не одни старые очаги, а распространившейся на крайний Север и с Востока на Запад. Сибирь, Урал, Украина, Центральные губернии, в том числе Московская, Архангельская губ. насчитывают сотни тысяч малярийных больных. Всего по всему союзу насчитывается около 10 мил. больных.

Волна малярийной эпидемии докатилась и до нашей Белорусской Республики, дав в 1923 году резкое увеличение (почти в 3 раза больше числа малярийных заболеваний).

Белоруссия—также старый малярийный очаг, правда, с невысоким эндемическим индексом и доброкачественным течением болезни. Здесь малярия приютилась в окруженных лесами и стоячими водоемами белорусских деревнях, в сырых, пропитанных испарениями болот крестьянских избах. 1924 год принес новое усиление эпидемии, удвоив число малярийных заболеваний. В целом ряде деревень (напр. Мозырского уезда) мы прошлой весной[1]) наблюдали значительную часть взрослого населения, прикованного к постели приступом лихорадки настолько, что не было избы в деревне без малярийных больных. Цифра заболеваемости по Мозырскому уезду возрасла в 1924 году в 5 раз. Другие уезды, несмотря на то, что такого резкого увеличения малярии не дают, несомненно, являются значительно пораженными.

Искусственное понижение малярийных заболеваний, благодаря неполной регистрации, имело место во многих местностях СССР. По выражению д-ра Добрейцера „малярия появляется там, где устраиваются учреждения по ее лечению". Регистрация и обращаемость в Белоруссии была чрезвычайно слаба. Немудрено: на участках и фельдшерских пунктах в самых пораженных местах почти не было хинина. У фельдшеров максимальное количество хинина было 30-50 грамм при нескольких стах больных. Не получая медицинской помощи в амбулатории, крестьянин шел к

[1]) См. статью: Я. А. Раховский, И. А. Сутин, Г. А. Столяров—Малярия в Мозырском уезде 1924 г. Бел. Мед. Мысль № 2—3, 1924 г.

знахарю, к шептухе или лечился собственными средствами. Неудивительно, что эпидемия малярии в Мозырском уезда была „открыта“ приехавшими из Минска малярийными отрядами.

Неполнота регистрации, безусловно, в несколько раз понижает общее число больных в Белоруссии.

Еще хуже обстоит вопрос о борьбе с малярией. Несмотря на огромную заболеваемость в России, царское правительство предоставляло население самому себе, не предпринимая никаких мер борьбы с ней. Борьба со всякого рода социальными болезнями, меры профилактические основаны на самодеятельности самого населения, на его просвещении. Подобного рода общественные мероприятия не могли, конечно, быть осуществимы при царском режиме. В Белоруссии же, благодаря особым политическим условиям окраины, это проявлялось еще ярче и, вполне понятно, никакой противомалярийной работы пе велось. Вот почему борьба с малярией для наших органов здравоохранения является первоочередной задачей.

Если учесть тот экономический вред, приносимый нашему сельскому хозяйству лихорадкой, поражающей наиболее работоспособную часть населения, в возрасте от 20 до 50 лет и в рабочую пору, весной и летом (период разгара эпидемий в Белоруссии), число потерянных рабочих дней, влияние на общую и детскую смертность, то станет понятным все значение и важность противомалярийной борьбы.

Какие же методы борьбы должны быть положены в основу в нашей Белорусской Республике?

Прежде всего здесь приходится остановить внимание на базе всякой санитарной работы—на санитарном просвещении. Санитарное просвещение—подготовительный путь противомалярийной кампании облегчает возможность проведения общественных мероприятий. По отношению к нашей деревне, совершенно санитарно безграмотной, в которой крепки и живы убеждения о малярийном духе, о необходимости выкурить его, испугать, утопить в речке, где лечатся амулетами, мочой, конским пометом, яйцами кота и пр—это принимает особое значение. Можно почти с уверенностью сказать, что врачи прошлогодних отрядов НКЗ, ездившие от села к селу и прочитавшие ряд лекций о малярии, были первыми санпросветчиками в наших глухих деревнях. Они первые показали крестьянину микроскоп, рассказали о возбудителях болезней и в частности малярии и вызвали чрезвычайный интерес у населения. Подобные лекции, беседы с наглядными пособиями (фонари, диапозитивы), плакаты и листовки должны быть продвинуты в самую глухую периферию и широко распространены.

Основным мероприятием в непосредственной борьбе с малярией должна стать „борьба с больным человеком“—лечение больных. Здесь можно ожидать наибольшаго эффекта, ибо единственная распространенная у нас в Белоруссии форма—Malaria tertiana, имеет доброкачественный клинический характер и чрезвычайно легко поддается лечению. Мы наблюдали сравнительно мало рецидивов и мало трудноизлечимых больных. Вот почему снабжение Белоруссии хинином в достаточном количестве—насущная необходимость. Классический пример влияния хинина на заболеваемость и смертность от малярии дает Италия. В годы 1887—1901 гг. смертность от малярии колебалась от 13—до 20 тысяч человек в год. В 1902 году вводится государственная хинная монополия и бесплатная раздача хинина беднейшему населению и смертность начинает резко падать. Через 12 лет в 1914 году от малярии умирает уже только 2045 человек. Теперь Италия имеет государственную хинную фабрику в городе Турине и собственные хинные плантации на острове Яве.

Что мы наблюдали в прошлом году в Белорусской деревне? Мы видели, что хинин в деревню не проникал, и расценивался по 2 пуда ржи за 0,3 грамма—цена недоступная для населения. И опять на сцену выступают лягушечьи кости и амулеты из крутых яиц.

Однако, мало дать хинин нашим больницам и амбулаториям. Надо его правильно применять, ибо иначе может получиться обратный результат. Нам также пришлось видеть в прошлом году, что бессистемное лечение хинином, имеющее целью только купировать приступ, недостаточные дозы его вызывают привыкание плазмодиев к хинину. Появляются хининоустойчивые формы. Население разочаровывается в лечебном действии хинина. Стало быть, на ряду со снабжением хинином надо организовать правильное лечение, надо дать надлежащие инструкции нашим участкам и, особенно, фельдшерским пунктам. Особого внимания заслуживают паразитоносители. При помощи подворных обследований и массовых исследований крови надо выделить паразитоносителей, подвергнуть их лечению и уберечь от укуса комаров.

Хинизация здоровых с профилактической целью не может расчитывать на успех даже в наиболее пораженных деревнях. Опыт прошлого года показывает, что больные, получив хинин на руки, не всегда аккуратно его принимали. Для здоровых же надо держать специальный штат хинизаторов, которые бы давали хинин „прямо в рот". Это, конечно, немыслимо в обстановке деревни.

В борьбе с „главным хозяином" малярийных плазмодиев—с комаром в разных его стадиях на первый план выдвигается необходимость истребления окрыленных комаров в жилищах. Распространенный в Белоруссии Anohpeles Maculipennis, по мнению многих ученых, как напр. профессор Swellengrebel, проф. Nocht, д-р James, в Европе стал домашней расой, превратился в домашнее животное. Он летает недалеко от жилищ (если находит место для кладки яиц), кусает почти исключительно в жилых помещениях, особенно ночью. И. А. Порчинский сообщает, что среди комаров, кусавших на воздухе, ему никогда не приходилось встречать Anohpeles'а. Прошлогодние малярийные отряды отмечают то же у нас, в Белоруссии. В жилищах они часто подвергались нападению малярийных комаров; на воздухе Anohpeles не кусал. Комары Anohpeles встречались в большом количестве не только в обыкновенных домах, но и в амбулаториях и больничных палатах. Много их бывало в бедных и грязных крестьянских избах, где много паутины, темных углов, трещин в стенах. Для борьбы с комарами в жилищах следует последние содержать в чистоте, освободить от пыли и паутины, производить побелку стен, оклейку темных углов белой бумагой, а, главное, раз'яснить обитателям роль комара в передаче малярии и необходимость его ежедневного истребления.

По мнению д-ра Джемса, комаров, живущих в конюшнях и стойлах, не следует трогать, „так как эти помещения представляют собою настоящие западни для комаров, в которых они находят все необходимое, так что они уже не стараются больше проникнуть в жилые дома с целью найти там убежище или пищу".

Истребление комаров должно производить также на зимовках. Как известно, самки комара, преимущественно оплодотворенные, перезимовывают в подвалах, в погребах, в подпольях, в скотных помещениях и др., главным образом, на паутине. Уничтожение зимовок производится путем обметания этой паутины, а затем сжигания собранных в кучи комаров. Мера эта широко практикуется в наших центральных губерниях, в Москве и губернии. Для этой цели использовывается школа. Знакомство с природой с одной стороны и сознание общественной пользы дела с дру-

гой стороны—вызывает у школьников большой энтузиазм. Школьники с огромным под'емом и рвением производят массовое обследование зимовок и уничтожение их. Тем самым школа становится могучим техническим аппаратом противомалярийных учреждений (станций, отрядов). Школа, пионеры должны быть привлечены и у нас в Белоруссии и всемерно использованы.

Отсюда вытекает необходимость подготовки руководителей школы-учительства. Эту подготовку можно произвести в окружных центрах на летних курсах переподготовки учителей. Учителей следует ознакомить практически с биологией комара при помощи экскурсий на водоеме и лабораторного изучения строения и жизни комара. По вопросу о клинических проявлениях малярии должны быть прочитаны специальные лекции.

Большие гидротехнические работы (осушка болот), несмотря на всю их экономическую целесообразность не могут быть рекомендованы, как ближайшая задача настоящего времени. Прежде всего, они требуют огромных материальных средств, которых государство отпустить не может. А, во-вторых, они не всегда приводят к ликвидации малярии. Так после осушки болот в Голландии места выплаживания комаров не уменьшились: выкопанные при осушительных работах канавы явились прекрасным источником для развития комаров. В старых же сохранившихся болотах не заметно ни увеличения комаров, ни усиления малярии. У нас, в Мозырском округе, также наблюдается нечто подобное. Сплошь заболоченный Тонежский район значительно менее поражен, чем район реки Птичь, где болот сравнительло меньше.

Не могут иметь успеха и так называемые малые гидротехнические работы (нефтевание, спуск небольших водоемов, засыпка луж и пр.). Цель этих противоличиночных работ—уничтожить все комариное царство или значительно его уменьшить—недостижима в наших условиях. Разве можно залить нефтью или засыпать бесчисленное количество луж, бродов, заливов, затонов, окружающих деревни Белоруссии. А частичное выполнение этих работ не оказывает заметного влияния на количество комаров и число заболеваний.

Для организации противомалярийной борьбы в СССР создана целая сеть противомалярийных учреждений, возглавляемая центральным тропическим институтом в Москве. Все эти учреждения развили большую научную и практическую работу. Борьба с малярией в Белоруссии должна также проводиться через подобные противомалярийные учреждения. Схема противомалярийных учреждений в Белоруссии представляется нам в следующем виде: 1) протозоологическое отделение при Пастеровском Институте в Минске. 2) Малярийная станция в городе Мозыре. 3) Малярийные отряды в округах на летние месяцы.

Протозоологическое отделение при Пастеровском Институте является техническим и инструкторским аппаратом для выполнения заданий НКЗ в малярийной работе, занимается изучением хода малярийных заболеваний в Белоруссии, является центральной лабораторией для исследования паразитологии заболеваний, занимается научной разработкой вопросов малярии и лабораторной разработкой методов специфического лечения. Одновременно занимается изучением и массовым обследованием сильно распространенных в Белоруссии паразитных и глистных заболеваний.

Малярийная станция в гор. Мозыре руководит борьбой с малярией в округе, ведет лечение тяжелых случаев малярии в специальном стационаре при окружной больнице, ведет амбулаторный прием маляриков,

изучает биологию комара в данной местности, ведет санитарно-просветительную работу, подготовку учительства и т. д.

Малярийные отряды проводят подворное обследование населения, выделение паразитоносителей, лечение больных, обследование водоемов и других источников выплаживания комаров, ведут сан-просв. работу, подготовку учительства и т. д.

Вся противомалярийная работа должна проводиться в тесном контакте с участковыми медработниками и должна опираться на активные общественные элементы деревни.

Состояние протезного дела в Белоруссии и его перспективы.

(Из протезной мастерской НКЗ. Заведующий мастерской Я. Фриц).

Д-р И. М. Перельман.

Империалистическая и гражданская война сказалась не только на хозяйственном организме республики, о чем приходится так часто слышать и писать, но, как известно, также тяжело отозвалась в разной форме и на здоровье широких масс государства. Десятки тысяч калек с отсутствием одной и больше конечностей, часто лишенные возможности передвигаться и самообслуживания, не говоря уже о невозможности заниматься общественно-полезным трудом, взывают к государству о помощи в смысле их скорейшего опротезирования. Интенсивная деятельность целого ряда крупных протезных заводов, протезных мастерских, функционирующих в настоящее время в разных пунктах союза, имеет своею целью возможно скорейшее снабжение нуждающихся в протезах инвалидов с предоставлением ими возможности сносного человеческого существования и скорейшего возвращения их иногда путем их специального переобучения к полезному и производительному труду. Протезирование—как особый вид лечебной помощи—еще мало знакомо широким врачебным массам, иногда даже и представителям той специальности, которая ближе соприкасается с ним—т. е. хирургам, но в настоящее время область эта, имея благодарную цель—восстановления трудоспособности многих сотен и тысяч инвалидов, приобрела уже и более широкое, как общественное, так и медицинское значение. Осветить несколько вопрос с общественной и медицинской точки зрения составляет—цель настоящей заметки.

Единственная протезная мастерская НКЗ в Минске, имеющая своей задачей опротезирование тех нескольких тысяч инвалидов, которые насчитываются теперь в укрупненной Белоруссии, функционирует с 1921 г. и из маленькой мастерской с несколькими рабочими она в настоящее время разрослась в довольно крупное техническое предприятие с числом рабочих и служащих от 30—40 человек.

Постановка протезного дела в последние 3 года организационно значительно улучшилась.

Проводимые в Белоруссии точная регистрация и переучет инвалидов гражданской и империалистической войны, нуждающихся и имеющих право на бесплатное протезирование, функционирование при НКЗ специальной рабоче-медицинской комиссии по рассмотрению анкет инвалидов, распределению сметной продукции протезной мастерской по округам и установлению очереди и порядка опротезирования отдельных инвалидов, введение протезных книжек, которыми снабжаются инвалиды при получении протеза и представляющие собой своего рода инвалидный паспорт, в который внесен ряд данных, касающихся инвалида—все это внесло ясность и планомерность в важную задачу протезной помощи, как инвалидам труда, так, главным образом, инвалидам империалист. и гражд. войны.

Количество выпускаемых протезов продолжает неуклонно расти с каждым годом; точно также качество и конструкция протезов продолжает улучшаться; стало возможным производство протезов и разных аппаратов более сложной конструкции.

Расширение и улучшение всей постановки протезного дела при незначительных материальных возможностях явилось результатом, как кропотливой и плодотворной работы Заведывающего мастерской Я. Фрица, так и НКЗ., внимательно относящегося к этому виду лечебной помощи в республике.

Некоторое представление о протезной помощи в Белоруссии в течение последних лет, о характере и интенсивности ее работы могут дать следующие цифровые данные и сводные таблицы.

Всего изготовлено и отремонтировано для конечностей в последние 2¼ года 493 протеза.

	1923 г.	1924 г.	Первая четверть 1925 г.	Всего
Новые протезы	91	140	69	300
Отремонтир. .	53	119	30	202
ВСЕГО . .	144	259	99	502

Кроме того, в последние 1½ года в протезной мастерской изготовлено около 500 грыжевых бандажей, как для отдельных больных, так, главным образом, по заказу Белмедторга, значительное количество кожаных корсетов при заболеваниях позвоночника, набрюшников при частичных и общих энтероптозах. Эта таблица указывает на определенный количественный рост продукции протезной мастерской, далеко еще не удовлетворяющей потребности населения в протезировании.

Через функционирующую при протезной мастерской протезноэкспертную комиссию при моем в ней участии прошло в течение последних 1½ лет 674 инвалида.

Что касается вида, характера и количества изготовленных в последние 2¼ года протезов, то эти данные представлены в следующей таблице:

Вид, характер протеза	1923 г.		1924 г.		Первая четвер. 25 г.		ВСЕГО	
	Новых	Ремонт.	Новых	Ремонт.	Новых	Ремонт.	Новых	Ремонт.
Протез при ампутац. бедра	39	17	47	37	22	9	108	63
» » » голени	16	20	38	35	19	13	73	68
» на согнутое колено	6	1	3	2	4	2	13	5
Протез при операции Пирогова, Шопара . .	7	8	7	10	4	—	18	18
Протез при ампутац. плеча	2	1	3	1	—	—	5	2
» » » предплечья	5	4	3	—	6	2	14	6
Протез при вылущении кисти	1	1	3	1	4	—	8	2
Фиксацион. аппарат для нижней конечности .	10	—	15	19	4	4	29	23
Фиксацион. аппарат для верхней конечности	—	—	—	—	3	—	3	—
Кожаные корсеты при спондилите . . .	2	1	3	3	—	—	5	4
Другие: деревяшки, столбики, супинаторы и т.д.	3	—	18	11	3	—	24	11
ВСЕГО. . .	91	53	140	119	69	30	300	202

Таким образом, подавляющее большинство как новых изготовленных, так и ремонтированных протезов падает на нижнюю конечность; на 235 новых протезов разных типов для нижней конечности приходится лишь 25 протезов для верхней конечности.

Факт этот находится в полном соответствии с большей частотой ампутаций и различных заболеваний нижней конечности по сравнению с верхней, поддающейся значительно чаще применению консервативных методов лечения с ее сохранением даже и в отчаянных случаях. Благодаря выпущенным в течение последних 2¼ лет почти 500 протезов, подавляющая часть которых падает на нижнюю конечность, было в буквальном смысле слова поставлено на ноги пятьсот инвалидов, получивших возможность передвигаться, переобучаться некоторым ремеслам и заняться продуктивным и полезным трудом, освободив государство от целого ряда забот по уходу и их содержанию.

Значительная часть фиксационных шино-гильзовых аппаратов для нижней конечности, изготовленных по системе Гессинга, Томаса, построенных на принципе передачи нагрузки тела на седалищный бугор, минуя тазобедренный сустав при заболеваниях коленного и тазобедренного сустава, дали возможность многим больным, не отрываясь от работы и производства, продолжать свою работу, пользуясь указанными аппаратами.

Многочисленные наблюдения над культями у ампутированных на разном уровне нижней конечности подтвердили с определенностью полную непригодность культи бедра или голени к упору концом культи в протез, благодаря присущей всякой диафизарной культе, незаконченной остеопластически, болезненности. Упор концом культи в протез, возможный после остеопластической ампутации по Пирогову, Gritti, Bier'у, делает ходьбу в протезе более твердой, уверенной, благодаря упору культи в протезе ближе к почве и более устойчивому равновесию во время ходьбы.

На довольно значительном числе ампутированных, обнимающем около тысячи случаев, пришлось констатировать, что, если остеопластические ампутации по Пирогову, Gritti встречаются хоть и редко, то остеопластическая ампутация по Bier'у, возможная на любом уровне диафиза бедра и голени, правда не всегда выполнимая, встретилась лишь один раз.

При отсутствии возможности упора концом культи в протез после обыкновенной ампутации упор в протез переносится высоко на седалищный бугор—обстоятельство, лишающее инвалида возможности использовать ряд преимуществ упора концом культи в протез. Можно выразить только сожаление по поводу того, что хирургами так редко производятся ампутации по костно-пластическому типу, дающие столько преимуществ инвалиду при пользовании протезом—его большую легкость, отсутствие упора на седалище, часто мешающего при сидении и сдавливающего промежность, удобство при вынесении ноги вперед и установлении ее на новой позиции, совершаемое без выбрасывания таза вперед только движением в тазобедренном суставе. Здесь же укажу на весьма важное значение хорошего прикрытия культи мышцами, передающими ощущения почвы с протеза инвалиду и играющими роль рессор при движении и ходьбе для сохранения устойчивого равновесия и сохраняющими координацию движений в культе.

Ампутационные невромы, наблюдающиеся весьма часто—даже у подавляющего числа инвалидов, по нашим наблюдениям лишь тогда были источником постоянных болезненных ощущений, когда они оказывались сращенными с рубцом в области культи; расположенные выше конца культи и не спаянные с рубцом—ампутационные невромы, будучи болезненны и вызывая чувство щекотания при их сдавливании, мало беспокоили инва-

лидов. Наблюдалось мною также и несколько случаев крайне болезненной культи, благодаря расросшимся на ее конце из надкостницы остеофитам.

Подробнее по целому ряду научных и практически важных моментов, остановивших мое внимание при наблюдении за значительным количеством инвалидов и ортопедических больных, я здесь в этой краткой заметке высказаться не могу.

Протезная техника—призванная возместить и дополнить ту далеко несовершенную помощь, которую пока оказывает раненому и больному несовершенная хирургия, развивается в полном соответствии с ростом и совершенством методов хирургического вмешательства.

Как техника протезирования, так и различные методы хирургических операций на конечностях, повреждающих в той или иной степени их функцию, должны быть научно обоснованы и производиться в неуклонном стремлении не только к сохранению жизни больного, но и к возможно большему восстановлению утраченной функции.

С этой точки зрения совместная работа врача-хирурга в ортопедической части хирургии с представителями и руководителями протезной техники является необходимой для достижения лучших результатов в области ортопедии и протезирования. Этот симбиоз ортопедической науки и протезной техники уже давно осуществляется в государствах Запада и этот же принцип проведен уже в нашем Союзе в Ленинграде, Москве, Харькове, где протезные заводы работают под контролем и руководством научных протезных институтов, деятельность которых взаимно дополняют друг друга.

Учреждение научного протезного института, который сосредоточил бы в себе оказание разных видов медицинской и ортопедической помощи инвалиду, взял бы на себя научную разработку вопросов по протезированию и проводил бы рационально поставленную медицинскую помощь при травматических расстройствах органов движений—костей, связок, нервов и мышц—является очередной задачей НКЗ в Белоруссии. Такие учреждения—под названием травмотологических и протезных институтов, существующие в Москве, Ленинграде и Харькове, доказали свое право на существование как хорошими результатами, достигнутыми при лечении повреждений органов движений, в частности конечностей, у человека, так и предоставлением возможности работающим в контакте с ними протезным заводом более правильно и точно производить непосредственно работу по опротезированию проходящих через институты инвалидов.

Создание такого института в Белоруссии можно бы начать с открытия приемника для инвалидов, прибывающих из различно-отдаленных от Минска иногда за 500—600 верст пунктов, так как при отсутствии такого приемника инвалидам приходится совершить троекратное путешествие в протезную мастерскую в г. Минске и обратно: первый раз для освидетельствования в протезно-экспертной комиссии при мастерской и заказа протеза, второй раз для примерки протеза во время его изготовления и третий раз для его получения через комиссию. С открытием такого приемника приезжающие для опротезирования инвалиды оставались бы в приемнике в течение этого времени, обучились бы правильному пользованию протезами вообще, что уменьшило бы случаи порчи и поломок протеза от неосторожного и неумелого с ним обращения. Значительные же суммы денег, затрачиваемые на частые приезды в Минск инвалидов, с большей пользою могут быть использованы на содержание такого приемника.

Систематическое наблюдение со стороны врача и технического руководителя мастерской при изготовлении протеза для присутствующего в Минске инвалида, дало бы возможность улучшить и упростить конструкцию изготовляемого протеза.

Нечего уже говорить о том, что это избавило бы большое число инвалидов от подчас весьма тягостных и утомительных при их подорванном и расшатанном здоровье частых и далеких переездов.

Ознакомление и привлечение внимания более широких общественных и медицинских кругов на эту стоящую как бы в тени и не всеми в достаточной мере оцениваемую форму лечебной помощи и постановка некоторых теоретических и практических вопросов хирургии и ортопедии — составляют цель этой краткой заметки.

Три года работы кафедры социальной гигиены в Москве.

Д-р Л. Сыркин.

Весною текущего года исполнилось три года фактического существования Московской кафедры социальной гигиены. Представляется не безынтересным, в частности, для ряда провинциальных университетских центров, где эти кафедры только нарождаются, дать краткий очерк огромной организационной и учебной работы, проделанной старейшей сестрой.

I. Штаты кафедры и материальная ее база.

Штаты кафедры были утверждены в составе профессора *(Н. А. Семашко)*, 3-х ассистентов *(А. В. Мольков, А. Н. Сысин, С. И. Каплун)* и 2-х научных сотрудников *(Л. Н. Щеглова и Л. А. Сыркин)*. **Материальные условия** работы Московской кафедры были весьма плачевны: в первый год своего существования кафедра получила несколько десятков неполноценных рублей, за второй и третий вместе—около 200 рублей—суммы для оборудования новой кафедры, очевидно, совершенно ничтожные. Кафедра была выведена из своего затруднительного положения в этом отношении помощью, оказанной ей **Государственным Институтом Социальной Гигиены Наркомздрава** (тогда—„Музеем Социальной гигиены"), предоставившим в ее распоряжение свой богатый фонд наглядных пособий и книг, а через некоторое время и свои открывшиеся научные кабинеты (антропометрический и статистический). Помощь Наркомздрава выразилась, кроме того, в передаче в библиотеку кафедры нескольких десятков полученных из-за границы книг по социальной гигиене (на немецком языке) и в содействии, оказанном в учебной работе кафедры рядом опытно-показательных учреждений Наркомздрава. В первый год своего существования кафедра обслуживала в указанном составе все три существовавших тогда в Москве медицинских факультета. Вскоре выяснилась необходимость выделения отдельного ассистента для высшей медицинской школы *(д-р Гельман)*. Со 2-го года существования кафедры начали отдельно функционировать кафедра II Московского Государственного Университета (проф. *А. В. Мольков*, ассистент *А. А. Летавет*, научные сотрудники *Е. Е. Штейнбах* и *Л. Н. Заглухинская*) и Высшей Медицинской школы (проф. *З. П. Соловьев*, ассистент *И. Д. Страшун*, научные сотрудники *О. А. Рикман, Р. М. Бравая*. Снабжение средствами младших кафедр было еще слабее первой.

В настоящее время в Москве имеется (по слитии Высшей Медицинской Школы с медфаком II М. Г. У.) две кафедры социальной гигиены: в I Моск. Госуд. У-те с профессором Н. А. Семашко во главе и во II Моск. Госуд. У-те с проф. З. П. Соловьевым. В штат кафедры I МГУ входят, кроме того, 3 ассистента, 2 штатных и 2 сверхштатных научных сотрудников; во II МГУ—4 ассистента, 5 штатных и 1 сверхштатный научн. сотрудник.

II. Организационная работа кафедр социальной гигиены

и после образования новых кафедр продолжала оставаться **об'единенной** путем ряда регулярных общих конференций **всех** московских профилактических кафедр по важнейшим медицинским вопросам. Кафедры делились своим опытом по всем крупным очередным вопросам преподавания (программы курса лекций, организация практических занятий со студентами, подготовка руководства и т. д.), выравнивали общую линию и выносили согласованные решения, не стесняя, вместе с тем, индивидуальных особенностей отдельных преподавателей. Важнейшими итогами этой организационной работы является: 1) выработка определенного отношения

к об'ему и характеру новой дисциплины, ее месту в университетском преподавании; 2) все более деталированная разработка программы и учебного плана новой кафедры с пересмотром и согласованием программы и учебного плана кафедры экспериментальной гигиены; 3) выработка методов преподавания и практических занятий со всем курсом и с членами кружка социальной гигиены, в частности; 4) организация всероссийского с'езда представителей профилактических дисциплин; 5) издание сборников „Социальная Гигиена" и подготовка руководства по социальной гигиене; 6) организация ряда расширенных конференций на темы, представляющие более общий социально-гигиенический интерес; 7) активное участие в организации Всероссийского общества социальной и экспериментальной гигиены.

III. Учебная работа.

Кафедры встречали в продолжение всех трех лет ряд существенных затруднений: 1) огромное количество студентов около 700 в I Моск. Унив. и свыше тысячи во II—в год; 2) перегруженность учебного плана медфака; 3) недооценка в академических кружах значения новой кафедры для советской медицины.

Несмотря на это, кафедра довольно упорной работой, а подчас и борьбой, завоевывала с каждым годом все более прочное положение на медицинском факультете. Количество практических занятий из году в год увеличивается, характер их углубляется.

Кроме лекционного курса. (подробная программа которого дана в последнем выпуске сборника „Социальная Гигиена"), студенты проходили в истекшем учебном году: 1) минимум через 2 экскурсии—на выставку по охране здоровья и в одно социально-гигиеническое учреждение (диспансер, дом матери и ребенка, школьная профилактическая амбулатория, дом-коммуна, фабрика и т. п.); 2) через 2 практических занятия, носивших в значительной степени характер беседы—демонстрации, по статистике и антропометрии; 3) через коллоквий по определенному отделу курса с зачитыванием рефератов, поданных группами студентов по 5 человек, на определенную детальную тему курса. Примерный список экскурсий и тем рефератов приложен к упомянутой программе кружка социальной гигиены в 3—4-ом выпуске сборника „Социальная Гигиена". После этих работ студенты допускались к государственному экзамену по социальной гигиене.

Схема занятий по антропометрии: значение антропометрии, как метод социальной гигиены, демонстрация инструментария и приемов измерения роста, веса, окружности груди, жизненной емкости легких, мышечной силы; обработка полученного материала.

Схема занятий по статистике: характеристика статистического метода; статистические органы; демонстрация и разбор бланков и форм; обработка статистического материала—(главным образом с точки зрения санитарной статистики).

При огромном количестве студентов и большой их нагрузке—таков предел требований, пред'являвшихся кафедрой к студентам с целью вовлечения их в возможно более активную проработку программы курса и методики социальной гигиены. Нагрузка на студентов была в истекшем учебном году, в общем, **13 часов в год,** не считая 2-х лекционных часов в неделю. На будущий учебный год эта нагрузка повышается до 20 часов в год.

IV. Работа со студенческими кружками социальной гигиены.

Не будучи в состоянии удовлетворить требованиям нормального и углубленного прохождения курса по отношению ко всей массе студенчества, кафедра с самого начала своей организации старалась содействовать организации студенческих кружков, чтобы с этими особо интересующимися группами студентов проработать курс на новых началах. Эти уси-

лия кафедры можно считать увенчавшимся успехом. При довольно строгом отборе желающих участвовать в кружке,—кружок I университета насчитывает около 70 человек, кружок II университета свыше 120. Системы работы в кружках обоих университетов различны. В то время, как в кружке I МГУ кружок весь берет определенную стержневую тему (соц. гиг. проблема жилища, половой вопрос, охрана труда и т. п.) и прорабатывает ее путем докладов и дополнительных экскурсий, отдельные же члены кружка стажируют при некоторых социально-гигиенических учреждениях (дома санпросвета, диспансеры и т. п.), кружок II МГУ работал, главным образом, в секциях (санитарного просвещения, обследования физического развития ребенка, жилищной и т. д.), руководимой каждая ассистентом кафедры, вынеся только некоторые доклады на пленарные заседания кружка. Характер занятий внутри секций отличается по особенностям темы, но сохранялся общий принцип активного вовлечения в работу самих студентов.

V. Консультационная деятельность кафедры.

Будучи первой и центральной, кафедра социальной гигиены Московских университетов считала своим долгом делиться своим опытом с молодыми, нарождающимися по Союзу кафедрами и вскоре стала центром консультации и методической помощи для них. К представителям кафедры обращаются все новые работники в области социальной гигиены в провинциальных университетах, приезжающие довольно часто в Москву. Кафедра в свое время обратилась с письмом в периферические университеты с предложением установить с нею связь в обмен опытом. Завершением этой связи с периферией являлся с‘езд представителей профилактических кафедр 6—9 апреля текущего года, под‘итоживший весь опыт новых кафедр, проведший согласование программ профилактических кафедр между собою, установивший место, которое они должны занимать в курсе медицинского факультета, выставивший требования снабжения профилактических кафедр достаточными средствами и, таким образом, явившийся крупной вехой на пути внедрения профилактических дисциплин в университетское преподавание.

VI.

Научная работа кафедры социальной гигиены выразилась пока в ряде основных статей, как бы глав будущего учебника социальной гигиены, помещенных в 3-х вышедших выпусках сборника „Социальная Гигиена“, в работе А В. Молькова „социальные проблемы питания“ представляющие собою разработанную соответствующую часть курса, в ряде докладов отдельных сотрудников кафедры и т. д. Организация самостоятельных исследований, естественно, не могла быть налажена в эти первые три года кипучей борьбы новой кафедры за почетное место в университетском преподавании и чрезвычайной перегруженности учебной и организационной работой.

В последний год отдельные такие исследовательские темы начаты разработкой.

VII.

В текущем учебном году из кафедры социальной гигиены выделились в самостоятельные кафедры —гигиена труда и гигиена воспитания, признанные с‘ездом представителей профилактических дисциплин и методическим совещанием по медицинскому образованию при Главпрофобре—нормальными для медицинского факультета. Кроме того, уже больше года существует клиника социальных и профессиональных болезней при кафедре социальной гигиены. Но о новых кафедрах, о клинике и о перспективах работы в ближайшем году—в другой статье.

Учение о патоклизах[1]).

Профессор Oskar Vogt (Берлин).

Теория патоклиз, разработанная Cécile Vogt и мною, выдержала свою первую проверку огня. Она в конкретном случае оправдала ожидания, которые мы в праве пред'являть к теории: она предугадала, она предвидела факты, которые нам стали известны лишь впоследствии. Ниже будет речь об этой проверке, при чем будет изложена и вся теория патоклиз.

Последняя является частью учения о физиоклизах. Это учение исходит с одной стороны из локализации некоторых мозговых заболеваний, с другой стороны, из явлений варийрования растений и животных, в особенности некоторых пород насекомых. Читатель, пожалуй, будет удивлен нашей попытке построить учение, обнимающее явления, кажущиеся столь различными. Однако пусть он уяснит себе, что́ такое болезнь с точки зрения учения о вариациях. Болезни должны рассматриваться лишь как особый подвид вариации, охватывающий такие формы, которые суб'ективно для носителя являются страданием, патосом, а об'ективно вызывает понижение его жизненных функций. Когда речь идет о душевнобольных и асоциальных индивидах, суб'ективно страдает общество; об'ективно иногда страдает индивид, благодаря защитной реакции общества. Отнесение болезней в группу вариаций создает весьма плодотворные взаимоотношения между областью изучения болезней и областью изучения вариаций. Как известно, генетика различает в организме два вещества: носителя явлений наследственности, или зародышевую плазму, и сому, образующую всю остальную часть субстанции тела. Оба вещества могут

---

1) Печатаемая статья является кратким изложением доклада, читанного знаменитым Берлинским анатомом нервной еистемы Oskar'ом Vogt'ом в Москве, куда он был приглашен для исследования структурных особенностей мозга В. И. Ленина. Изложение составлено самим Vogt'ом и любезно передано для нашего журнала проф. Л. С. Минором, которому и здесь редакция приносит свою искреннюю благодарность. O. Vogt и его жена Cécile Vogt являются создателями всего современного учения об архитектонике мозга. Им удалось, прежде всего, доказать, что кора мозга состоит из большого числа (свыше 200) небольших участков, отличающихся друг от друга по своему гистологическому строению (архитектонике). Далее они доказали опытами над обезьянами, что каждому „полю" свойственна особая функция, и что каждому слою коры в пределах „поля" принадлежит также особая функция. Наконец они на основании исследования большого числа патологических мозгов значительно обогатили наши знания о деятельности подкорковых серых узлов В одной из своих последних крупных работ „о патоклизах" супруги О. и С. Vogt широкими мазками пытаются обосновать положение, что на определенную вредность реагируют всегда определенные мозговые системы. Причиной этой особой восприимчивости лежит в физикохимических свойствах данной системы, т. наз. „топистических единиц" или же их ген. Помимо колоссального материала, которым Vogt'ы обладают в заведываемом Vogt'ом Берлинском Институте для исследования мозга", они широко пользуются доказательствами из области изучения насекомых, в частности пчел, в которых Vogt также большой специалист. В виду общего интереса учения о патоклизах, в измененном виде приложимого и к прочим специальностям медицины, мы охотно и с благодарностью печатаем представленную нам оригинальную статью О. Vogt'a.

М. Кроль.

вариировать независимо одно от другого. Соответственно с этим мы можем различать *соматические* вариации, и среди них подвид соматических болезней, и *зародышевые* вариации и среди них подвид зародышевых болезней. Зародышевая плазма построена не вполне однообразно. Главнейшей ее частью являются гены, то есть носители отдельных признаков развивающегося организма, по существу нам неизвестные, но расщепляющиеся по законам *Менделя*. Наследственные локализованные болезни должны следовательно всегда рассматриваться, как болезни ген, или как патологические мутации, тем более, что все изученные в этом смысле случаи обнаруживают принципы унаследования по типу *Менделя*.

Здесь надо заметить, что из теоретических и, особенно, из практических медицинских соображений нужно в каждом отдельном случае наследственный фактор признавать лишь с известной осторожностью. Мы не знаем, где и когда в организме кончается детерминирующее влияние ген. Мы можем допустить, что изменение функции органа, вызванное вариациею ген, может *вторично* повести к изменениям в других органах. Такие вторичные изменения, которые можно было бы обозначить как *мутационные соматические вариации, или модификации*, можно было бы, вероятно, предупредить, если бы удалось терапевтически воздействовать на функциональное расстройство, вызванное непосредственно наследственными моментами. Здесь перед нами открывается важное поле для будущей органо-и *химиотерапии*.

На основании общих функциональных и, следовательно, в последнем счете физико-химических признаков мы об'единяем любые части нервной системы в виде *топистических единиц*. Исходя из всех наших экспериментальных исследований, мы должны признать, что *архитектонические*, то-есть морфологические различия в элементах головного мозга, видимые уже при слабом увеличении, являются выражением функциональных их *различий*.

Соматические заболевания нервной системы гораздо более, чем до сих пор принято думать, избирательно связаны с отдельными топистическими системами. Если в процесс вовлекается несколько систем, последние обычно поражаются в определенной закономерной последовательности (*эйномия*). При этом при каждом заболевании болезнетворная вредность действует с одинаковой интенсивностью также и на системы, остающиеся здоровыми. *Следовательно, те системы, которые в данном случае заболевают, должны отличаться особой специальной* (для *данной* вредности), *или общей* (для *многих* вредностей), *ранимостью*. Обычно заболевшие системы не отличаются от уцелевших ни в смысле бóльшего или меньшего кровоснабжения, ни в смысле особого строения нейроглии, которой можно было бы приписать какие либо защитные функции. Также в большинстве случаев нельзя доказать особого их изнашивания. Зависимости от онтогенетического или филогенетического возраста часто не отмечается, да она не об'яснила бы явления вполне удовлетворительно. Поэтому очевидно, что *ранимость зависит от внутренней структуры, в последнем счете от физико-химических особенностей заболевающих систем*. Она должна быть рассматриваема как оборотная сторона специфической функции системы. Подобную ранимость мы и обозначаем как *патоклизу*.

Архитектоническое деление Аммониева рога в головном мозгу на отдельные поля оказалось особенно затруднительным. И вот изучение болезней Аммониева рога показало нам, что эта часть мозга может быть разделена на четыре резко отделенных друг от друга области, которые заболевают в определенной последовательности одна за другой. Так как

Аммониев рог с обоих концов заворачивается, эти четыре области отличаются столь меняющимися условиями кровоснабжения, что последнее не может быть признано причиной строгой последовательности в заболевании этих четырех частей (*эйномии*). Далее эти четыре области не обнаруживают никаких существенных различий в развитии капиллярной сети или глии. На основании учения о патоклизах мы, поэтому, пришли к выводу о различии функций этих четырех областей. Далее мы умозаключаем на основании вышеотмеченного соответствия между архитектоникой и функцией, что в архитектоническом отношении эти четыре области должны отличаться друг от друга различной архитектоникой, что и должно быть выражением их функциональных различий. Это наше предположение действительно вполне подтвердилось и, таким образом, учение о патоклизах выдержало свое первое испытание огня.

В нервной системе заболевают не только элементы, образуемые *целыми* клетками (*супрацеллюлярные* системы), но и такие, которые состоят из *частей* клеток (*инфрацеллюлярные* системы). Для них мы в настоящее время также знаем эйномии, то-есть строгую последовательность в заболевании отдельных составных частей.

Последнее обстоятельство заставляет нас сделать еще шаг вперед и признать подобные отношения и для ген. Процессы, разыгрывающиеся в соматической области, мы переносим на малый мир зародышевой плазмы. Но если это так, то мы неизбежно приходим к теории, что вариация ген может зависеть и от диффузных воздействий вредности на зародышевую плазму. Но при этом изменениям подвергаются лишь те из ген, которые отличаются особой ранимостью. Кроме соматической патоклизы, существует следовательно патоклиза ген. Последняя же опять-таки является ничем иным, как подвидом физиоклизы ген. Подобно тому, как учение о *соматической* физиоклизе мы выводим из фактов мозговой патологии, мы заключаем о существовании физиоклизы *ген* преимущественно на основании фактов наследственных вариаций у насекомых.

Уже в фактах, добытых Morgan'ом, мы до известной степени видим достаточное подтверждение нашего учения. При опытах Morgan'а над размножением дрозофилы с большим постоянством возникали все одни и те же мутации. В них мы находим также и эйномии, т. е. определенную последовательность в развитии признаков, например, по отношению к цвету глаз. Morgan, исходя из совершенно других предпосылок, об'ясняет подобные эйномии различными степенями изменения ген.

Если бы мнение Morgan'а, разделяемое с ним и многими другими исследователями, относительно эндогенного происхождения вариации ген и было правильно, то сущность нашей теории о физиоклизе ген от этого не была бы поколеблена. Различие в ранимости в случаях эндогенных мутаций выявилось бы, как различная лябильность.

Мы сами же пока продолжаем признавать значительную *экзогенную* обусловленность вариации ген. К тому нас побуждают следующие причины.

1. Standfuss, Fischer, Tower и другие путем изменений окружающей температуры или влажности добились определенных мутаций ген. При этом у родственных видов генотип менялся таким образом, что фенотипические отступления носили однозначущий характер.

2. В одинаковой среде различные виды одинакового рода в связи с вариациями ген нередко оказываются похожими друг на друга, причем это сходство не могло бы быть об'яснено факторами подбора. В подобных случаях нам кажется наиболее простым об'яснением признание тождественной вариации ген в связи с тождественными влияниями среды.

При этом нередко удается однозначущие формы привести в эйномический ряд. Подобный факт, повидимому, говорит в пользу большего или меньшего предрасположения к вариации одной или многих ген под влиянием окружающей среды.

3. То обстоятельство, что Morgan'овские мутации дрозофилы большей частью менее жизненны, указывает, повидимому, на то, что возникающие в природе вариации ген, ведущие к особым географическим расам, зависят от отдельных незначительных изменений ген. Эти изменения ген при этом не имеют никакого селекционного значения. Далее индивидуальная, с точки зрения отбора бесполезная вариация ген, повидимому, никогда не сохранится. Мы поэтому должны об'яснить возникновение многочисленных местных рас, с которыми мы встречаемся на островах, на горных вершинах или в пещерах, *постепенным* изменением ген *многих* индивидуумов. Наипростейшим об'яснением последнего явления надо признать влияние среды на зародышевую плазму.

Перевел **М. Кроль.**

Конституция и среда[1].

Ординатор нервной клиники БГУ. (директор: профессор М. Б. Кроль).

М. А. Хазанов.

Наши успехи в области изучения наследственности, эндокринной системы, проявлений высшей нервной деятельности и иммунобиологии дали толчок к пересмотру установленного еще основоположниками медицины Гиппократом и Галеном взгляда на конституцию. Исследования Bauera, Martius, Kraus'a, Tandler'a, Toenissen'a, Sigaud, Mc Auliffe, Chwostek'a, Kretschmer'a и др. доказали наличие особых конституциональных типов, отличающихся своими анатомическими, функциональными и психофизиологическими особенностями. По классификации Benecke различаются антропометрически два типа. По Wunderlich'y по конституциональным свойствам имеются три типа: слабый, раздражительный и крепкий. По Tandler'y все люди подразделяются по тонусу мышц на гипертонический, гипотонический и нормальный. По Günther'y, в зависимости от телесной работоспособности, можно отличить: гипостенический, эустенический и гиперстенический типы. Viola на основании антропометрических измерений, говорит о habitus megalosplanchnicus (apoplecticus) и microsplanchnicus (phthisicus); *Шевкуненко* делит всех людей по строению, форме, функции и положению органов и сосудов на: совершенных, переходных и несовершенных.

Белов отмечает наличие различных эргоногенных типов. Eppinger и Hess, исходя из преобладания парасимпатической или симпатикотонической реакции, рассматривают всех людей как ваго—и симпатикотоников. Американцы Bryant и Goldwait делят людей анатомофизиологически на травоядные, плотоядные и нормальные типы. Французская школа Sigaud и Mc Auliffe разделяют людей на четыре типа: дыхательный (type respiratoire), пищеварительный (digestif), мышечный (musculaire) и мозговой (cérebral). Kretschmer устанавливает по строению тела: атлетический, астенический и пикнический типы, с подразделением их по характеру на шизо—и циклотимиков. Кроме этих типов многие авторы указывают еще на существование аномальных конституций; диспластические типы Kretschmer'a, гипопластические Bartel'я и Stein, эксудативно-катаральная конституция Czerny, артритическая Pfaundlera и т. п.

Не входя в оценку всех этих схематических группировок, отмечаем отсутствие единогласия не только в классификации типов людей, по их внешним, морфологическим, функциональным, психофизическим особенностям и предрасположениям, но и во взглядах на сущность конституции, на причину возникновения тех или иных проявлений и особенностей. Многие исследователи как Mathes, Tandler, Löhlein и др. видят причину и сущность конституции исключительно в унаследовании заложенных в зародышевой плазме в момент зачатия свойств и, игнорируя внешние условия, подобно *Гиппократу*, считают конституцию чем то неменяющимся и недоступным каким бы то ни было воздействиям.—„Конституция является соматическим роком индивидуума" (Tandler). *Кречмер*, *Бругш*,

[1]) По докладу, читанному на клинической конференции.

Плате, Сименс, Барт и др. допускают наличие не только унаследованных особенностей, но и определенных задатков, закрепленных в зародышевых клетках, внешние же условия играют маловажную роль. Оба эти течения об'ясняют конституцию исключительно как признаки и особенности, переданные через зародышевую плазму в момент оплодотворения, как генотип. Иного взгляда придерживаются Martius, Krehl, Fr. Kraus, Lubarsch, Freund и др., допускающие возможность видоизменения и модификации конституции под влиянием внешних условий; конституция состоит из унаследованных соматических, зачатковых и приобретенных свойств организма и его реактивных способностей, она является совокупностью свойств гено—и паратипа, т. е. фенотипом.

Это разногласие имеет не только теоретический, но и практический интерес. Если конституция действительно столь фатальна, как ее характеризует Tandler, тогда излишне всякая борьба с болезнями, а социальная профилактика совершенно бесполезна. Попытаемся проследить, оказывают ли внешние условия влияние на конституцию и какое. Но прежде чем перейти к разбору этого вопроса, необходимо выяснить особенности, характеризующие конституцию, и определить понятие „внешние условия". По Kaupp'у, Kretschmer'у и др. показателями конституции являются наружные телесные признаки (Habitus), внутренняя организация, как сердечно-сосудистая система, органы дыхания, пищеварения и пр. Форма и размер последних зависит от внешнего облика, от habitus'а и, наконец, психики. Под внешними условиями мы подразумеваем а) биологические факторы, связанные с географическим положением, климатом, высотой над уровнем моря и т. п. и б) социально-профессиональные факторы, связанные со средой, обстановкой, классовым положением, жилищными условиями, особенностями питания, профессионально-производственными моментами и т. п. Опыты *Камерера* показали, что в зависимости от окраски почвы и условий влажности меняется окраска пятнистой саламандры. Такие же изменения окраски и формы доказаны *Штандфуссом и Фишером* у дневной бабочки под влиянием сильного жара. В отношении человека достаточно общеизвестны разные телесные отклонения и особенности у людей в разных географических и климатических условиях, где таковые по теории Дарвина выработались вследствие приспособляемости к окружающей среде и в итоге борьбы за существование. За это говорит целый ряд данных, опубликованных за последнее время. Sitsen [1]) доказал связь между обнаруженным им на 1200 вскрытиях яванцев морфологическими особенностями (редкость артериосклероза, малый об'ем щитов, железы, узкая аорта, длинный кишечник и т. п.) и внешн. климат. условиями. Boas установил у детей еврейских, итальянских, шотландских и др. эмигрантов в С.-А. Штаты, рожденных вскоре после имиграции в Америку, изменения черепа, скелета и характера, так что эти дети мало отличаются от прочих американцев. У дочерей европейцев, переселившихся в Индию и рожденных там же, месячные наступают так же рано, как и у индийских девочек. Gruhle сообщает, что у детей, перевезенных из одного государства с одним наречием в другое с другим наречием, наступает изменение костей лица. Все эти данные дают нам некоторое основание полагать, что внешние биологические факторы до известной степени изменяют конституциональные стигмы, а что климатические и географические условия, оказывая определенное воздействие на всех жителей, рожденных в данной местности, вырабатывают определенный биологический тип.

Влиянию социально-профессиональных факторов подвергаются индивидуумы, живущие в определенных условиях. Чтобы проследить это вли-

---

[1]) Virch. Arch Bd 245.

яние, нам приходится пользоваться данными антропометрических, генеалогических и отчасти экспериментальных исследований и цифрами социальной гигиенической статистики. Последние данные требуют, понятно, некоторой осторожности.

На опыте доказано, что сильно голодающие растения дают семена бедные питательными веществами, а последующие поколения этих семян отличаются ненормальностями роста количественного и качественного характера. Изменения эти указывают как на явления Blastophoria, поражения зародышевой плазмы, так и на передачу приобретенных свойств под влиянием внешних условий. Опыты Fränkel'я указывают на такие же явления у животных: полученное выпадение волос у морских свинок при освещении определенного места их кожи рентгеновскими лучами оказывалось и на последующих поколениях на том же самом месте. Опыты в лаборатории *И. П. Павлова*[1]) доказали, что для выработки определенных условных рефлексов у мышей потребовалось определенное число повторений; для выработки таких же условных рефлексов в следующем поколении понадобилось меньше повторений, в следующем—еще меньше, и т. д. В отношении человека антропометрические исследования *Крайтон Браун* в 1902 и позднейшие исследования *Груздева*, *Эрисмана*, Hans Wörner'a и др. определенно доказали меньший рост (на $2^3/_4$-$3^1/_2$ сант.) и вес (на $2^1/_2$-$5^1/_2$ ф.) детей горнорабочих против роста и веса детей рабочих других профессий. Аналогичные наблюдения имеются в огромном количестве в отношении детей рабочих и зажиточных классов. Это установлено также исследованиями *Рохлина и Кагана* в отношении детей евреев беженцев-бедняков и евреев богатых. Наши личные обследования рабочих стекольных заводов, где профессия передается от отца к детям, доказали также определенную отсталость в росте, весе, об'еме груди при общем недоразвитии организма и астенической конституции у детей этих рабочих. Наблюдения Зельтера в 1913 г. над 6014 детьми показали, что чем беднее родители, тем выше смертность детей от врожденной слабости: на 10000 детей умирало у зажиточных 68, а у бедняков 973 от врожденной слабости. Тяжелые условия питания во время героической борьбы Парижской Коммуны сказались на потомстве, как в отношении роста, так и в общей слабой конституции, большинство детей, рожденных и зачатых в этом периоде, оказались негодными к военной службе. Империалистическая война, ухудшившая социальные условия в Германии, вызвала, по данным Maurer'a, повышение детской смертности в первые грудные месяцы, давая повышение на каждую тысячу в 49-84 против смертности 1913 г. Данные Schödel'я за 1920 г. доказывают наряду с понижением способности кормления матерей понижение веса и длины новорожденных в Саксонии. Падение веса и роста учащихся установлено Gaspard'ом, Schlesinger'ом и др. во всех учебных заведениях в Германии в 1920 г., а обследования детей квакерами, Henriette Firt, Bogusat и др. обнаружили не только падение роста и веса детей, но также изменение физической конституции в виде увеличения скрофулеза среди детей (до 50 проц.), искривления ног, изменения грудной клетки, ослабления умственных способностей. На изменение конституции указывает также увеличение заболеваемости туберкулезом у детей; в 1910-14 г. из всех берлинских детей страдало туберкулезом 8 проц., в 1916—44 проц. О влиянии внешней среды на изменение генотипа указывает ряд биологических экспериментов. Под влиянием различной температуры дрожжевые грибки превращают сахар в алкоголь и глицерин в разных отношениях. При средней температуре Micrococcus prodigiosus образует краски, а при 45° образует подобно воз-

[1]) Цитирую по статье проф М. Б. Кроля: „О задачах нервной клиники" Белор. Мед. Мысль № 2-3 1924 г.

будителю молочной кислоты, из сахара молочную кислоту. Лиловая сирень, посаженная при более высокой t°, дает белую сирень. При питании крыс авитаминозными продуктами в течение 5-8 недель у них изменялась форма черепа, наступала отсталость роста, атрофичность, слабость и предрасположение к болезням (опыты Neubauer'а и Fischer'а M. m. W. № 50 1923). Gruhle (M. m. W. № 43 1924 г., сообщает об изменении формы черепа рожденного и воспитанного не на свободе волка. В отношении человека мы можем проследить изменение конституции на целом ряде наблюдений. Le Domany [1]) обнаружил различный тазово-крестцовый угол при измерении 1700 людей различных рас, при чем у примитивных народов, где тяжелый физический труд выпадает на долю женщин, у них угол оказался больше, чем у мужчин (98° : 90°), а у европейских рас наоборот (у женщин 101°, у мужчин 107°). Антропометрические данные *Робертса* в 1884 г. доказывают, что в то время, когда средний рост богатых классов составляет 175½, см., торговцев 172½, сельских рабочих 171½, у рабочих больших городов 169 см., а у рабочих сидячих профессий 167½ сант. Аналогичные наблюдения опубликованы *Левицким, Дементьевым, Скабневским* и др. в России. Данные *Ливи*, на основании обследований 250 тысяч итальянских солдат, подтверждая эти же явления, особенно отсталость в росте (в 2,6 см.), обхват груди (1,6 см.) у лиц, занятых сидячей работой по сравнению с земледельцами и лицами, работающими на открытом воздухе. Исследования Meinhausen'а, опубликованные в 1920 г. о физическом развитии лиц различных профессий призывного возраста, показывают особенно неблагоприятный индекс физического состояния в различных видах фабрично-заводского труда и в полуремесленных профессиях, где работа протекает в антисанитарных условиях при длинном рабочем дне. Империалистическая война, блокада и голод дали до некоторой степени экспериментальный материал о влиянии социальных условий на конституцию. Проф. *Штефко*, на основании своих исследований, пришел к выводу, что под влиянием недоедания уменьшались рост и вес подрастающих детей разных наций и рас, наступали крупные изменения костной и хрящевой ткани, половой системы и органов внутр. секреции. Такие же данные опубликованы в Германии Bauer'ом и особенно Curschmann'ом (M. m. W. № 46-47, 1923 г.), доказавшим наступление целого ряда значительных изменений анатомических признаков и физиологических функций у населения Германии под влиянием изменившихся социальных условий. Об этом свидетельствует также резкое увеличение заболеваемости и смертности от туберкулеза: В 1913 г. они составляли в Германии 15,7 проц., в 1918 г.—31,7 проц., при чем согласно данных Koeffer'а, Żadek'а, Reich'а, Schmidt'а, v. Hayek'а и др. в 54,7-55,7 проц. заболевали люди здоровые, крепкие, не отягченные туберкулезной наследственностью. По данным *Новосельского* смертность от туберкулеза в Ленинграде в 1909-13 г. составляла 34,6 проц., а в 1920 г.—54 проц. Об изменении конституции под влиянием социальных условий говорят также массовые эпидемии острого злокачественного туберкулеза у представителей диких племен, свободных от туберкулеза, но пришедших в соприкосновение с „цивилизацией“ и также громадная смертность от туберкулеза среди цветных войск, находившихся на европейских театрах военных действий. С другой стороны мы наблюдаем самую меньшую смертность от туберкулеза в Англии, несмотря на туманную зиму и неблагоприятные климат. условия. Явление это, как v. Hayen замечает, обусловлено тем, что средние условия жизни английского народа несравненно лучше, чем условия жизни широких народных масс в других буржуазных странах. Изменения скелета и мышечно-двигательного аппарата под влиянием профессиональных усло-

[1]) См. проф. Дьяконов. Влияние профессии на конституцию.

вия общеизвестны. Данные Grober'a доказали, что вес сердца различен у животных генетически близких между собою, но отличающихся по образу жизни, местным условиям борьбы за существование и по характеру повседневных трудовых процессов. У домашних кроликов он составляет 0,240 проц. к весу тела, у дикого кролика 0,276, а у зайца 0,785 проц., у чайки—0,849, у болотной куропатки—1,108, у альпийской куропатки—1,630 проц. У человека известны искривление конечностей: у пекарей „X-Beine". у кавалеристов—„O-Beine"; сколиоз—у токарей, носильщиков, каменщиков, лодочников, швей; кифозы—у сапожников, горнорабочих, кифосколиоз—пекарей; плоская стопа у грузчиков, Madelung'ская деформация правого кистевого сустава у утюжниц, coxa vara—у сельских рабочих, вдавление нижней части грудины—у сапожников, точильщиков фарфора и т. д. Под влиянием изменения костно-мышечного аппарата наступают также изменения внутр. органов. Исследования Schiffer'a показали также изменение рентгеноскопической тени сердца у представителей различных профессий, доходящей у лиц тяжелого физ. труда до 32 кв. сант. Данные Канплинга доказали на основании 3600 измерений наличие узкого таза в 20 проц. у работниц и только в 1 проц. у состоятельных не работающих женщин. Наблюдения *Писемского*, подтвержденные также *Гауссом*, показывают запаздывание возмужалости у девушек, рано начинающих работать, отсталость в росте и в 45 проц. ненормальные месячные. О влиянии промышленных ядов на эндокринную систему женщины не приходится долго распространяться. У 20 проц. женщин, занятых добычей свинцовой руды, наблюдается бесплодие. 53,6 преждевременных родов и выкидышей у полировщиц на металлических заводах, ненормальные месячные в других профессиях, преждевременная инволюция у работающих в некоторых производствах. Изменению физических признаков сопутствуют также изменения психики. Воздействие внешнего мира на поведение человека, отмеченное еще *Спенсером*, нашло себе подтверждение в установленных рядом исследований данных зависимости поведения человека от географической среды и космических явлений (см. Hellpach M. m. W. № 44—1924 г.) Эти географические условия играют однакож меньшую роль в капиталистическом обществе, где промышленность и машинная техника, одерживая все большие и большие победы над средой, подчиняют природу человеку. Здесь выступают больше всего социально экономические факторы.

Поведение индивидуума есть производное поведения соответствующего класса. И на деле мы видим, что в зависимости от производственных отношений и социально бытовых условий вырабатываются у человека не только определенная идеология, миросозерцание, но и весь уклад его жизни, манер, отношений, темперамент и характер приобретают определенную окраску. Профессия, содержащая целый ряд условий, однородных движений, занятий и упражнений, накладывает, вследствие выработки определенных условных рефлексов и автоматизмов, известный штамп на человека. Люди одной профессии очень сходны между собой, как по физической структуре и по внешности, так и по психическому укладу, вкусам, симпатиям, образу жизни, интересам). Создаются, как неоднократно отмечено в художественных произведениях и многими исследователями: Langerоke, Hotie, Thomas, Gruhle, Bebel, Bauer, Fames, *Сикорский*, *Сорокин*, *Гернет* и др. как бы профессиональные и социальные типы (банкира, фабриканта, помещика, земледельца, врача, чернорабочего, фабрично-заводского рабочего и т. д.) Надо полагать, как отмечает проф. М. Б. Кроль [1]), что „времен-

[1]) М. Б. Кроль. Об образовании временных и постоянных связей в центр. нервной системе. Журн. психологии, невр. и псих. т. IV—1924 г.

ные изменения под влиянием ряда постоянных воздействующих на организм комбинаций раздражений превращаются в новые анатомич., т. е. постоянные изменения. Ряд условных рефлексов превращаются в постоянные рефлексы и, прежде всего, к ним относятся вся группа эмоциональных, аффективных состояний и произвольные движения".

Все эти данные указывают, что значение социальных факторов в формировании конституции громадно. Это вынуждены признать даже Tandler и др., говоря о кондициональных условиях. Мы однакож далеки от мысли обобщения этих фактов и считаем, что в смысле методики изучения всех этих явлений нужна еще очень большая работа. Но это изучение откроет нам широкое поле деятельности в области социальной профилактики и способов предотвращения целого ряда болезней.

Врачебная деятельность и миросозерцание.

Ассистент фак. хир. клин. БГУ

д-р В. И. Мирер.

Многие врачи, вероятно, с большим скептитизмом относятся к новому течению среди врачей; течению, имеющему целью подвести новый философский фундамент под медицинское мышление. Несомненно, не одно пожатие плеч сопровождало и сопровождает образование кружков под названием „Ленинизм в медицине“.

Ленинизм (resp. марксизм) многими мыслится как чисто политическая или экономическая теория, весьма далекая от медицины. Как известно, буржуазная (а также мелко-буржуазная) общая и научная пресса всегда с чувством презрительного превосходства отрицала за теорией Маркса значение философской системы. Людям „посвященным“ был хорошо понятен скрытый смысл этого отрицания: устами „всемирных ученых“ говорила проза буржуазного существования; скромно драпируясь в почтенную тогу философа, скрывался самый злободневный классовый инстинкт. Когда стало особенно плохо и неудобно выступать открыто против завоевывавшей позиции марксистской философии, с особенным удовольствием ухватились за удобные теории Маха и Авенариуса, которые, пользуясь данными самых земных наук—физики и химии—незаметно удалялись в воздушные эмпиреи идеализма чистейшей воды, вводя в заблуждение зачастую искреннейших, казалось бы, последователей Маркса, среди которых даже тогдашние большевики (1907—9 г. г.) насчитывали немало своих членов.

Вопросы философии после революции 1905 года, после естественного утомления, вызванного временем тогдашнего „Sturm und Drang'a“, стали особенно актуальными, привлекая внимание как уставших бойцов, так и тех, которые задачу момента видели в использовании его для отвлечения части уставшей и разочарованной интеллигенции от марксизма в сторону идеализма.

Повидимому, наше время по своей общественной психологии имеет какие-то черты сходства с тем временем упадка, за исключением того, кардинального факта, что то было время после крушения революции, наше же время—время после самой победоносной революции, какую когда-либо знала история.

Таким образом, мы считаем, что поднятый среди врачей вопрос о философском обосновании медицины является как нельзя более своевременным. А тут являются еще моменты, которые, так сказать, демонстрируют всю необходимость мобилизации всего, что есть среди врачей марксистского для обоснования медицинского мировоззрения в марксистском-ленинском духе.

Далеко не случайность, что имеются выступления, показывающие, что еще до того, как марксисты успели организоваться для указанной цели, идеологически враждебные элементы уже пробуют задать тон в духе, скажем, эмпириокритицизма.

Во „Врачебной Газете" (№ 1, за 1925 г.) в отчете о заседании Московского медицинского О-ва, 25 декабря 1924 г., мы читаем о докладе *Михайлова*: „Рациональный способ мышления в медицине в особенности клинического изучения больных и клинического преподавания".—„Докладчик,—пишет референт С. Брюсова,—пытался применить теорию Авенариуса к методу мышления в практической медицине и, в частности, к установке диагноза у постели больного. Придавая особенное значение об'ективным данным, он, тем не менее, указывает *на важность интуиции и сравнивает медицину с искусством* (курсив наш. В. М).

В прениях *Азбукин* указал на эклектичность доклада и близость к идеалистическому миропониманию и что единственной философией в медицине может быть „биологизм, врастающий в марксизм".

Таким образом, можно сказать, что бой начался—и нужно быть готовым к отражению идейных врагов марксизма[1]). Нельзя скрыть от себя и других, что первое время марксисты (en masse) не будут на должной высоте, не будут достаточно вооружены. Ибо противник не только искусен, не только снабжен большими познаниями, но и многочислен. Уже из недостаточно подробно приведенного доклада *Михайлова* мы усматриваем, что он развивал и защищал философию чистейшего идеализма, прикрытого фразой о „рациональном способе мышления", что и дало, несомненно, повод его оппоненту т. *Азбукину* назвать его эклектиком.

Что касается своевременности разработки вопросов, связывающих философию марксизма—ленинизма с медициной, нам припоминается доклад одного из корифеев нашей науки проф. *Кравкова*, в котором он на основании своих исследований о влияние металлов на сосуды изолированных органов, сделал некоторые выводы о возможном влиянии космических явлений на человеческое общество, и в конце концов якобы попутно бросил несколько намеков на то, что не слишком-ли долго мы увлекаемся материализмом, и не надо-ли отдать частицу долга „духу". К сожалению, власть таких корифеев над умами современников слишком велика и в собрании не нашлось ни одного лица, которое возразило бы ему. Во всяком случае, на нас это произвело такое впечатление, что эти взгляды знаменитого профессора и ученого, несомненно, разделялись полностью или частично огромным большинством слушателей, и что спор в данное время и при данных обстоятельствах не мог бы привести к победе оппонента проф. Кравкова.

Между тем борьбу с подобными взглядами, имеющими целью заменить материализм идеализмом в области медицины, мы считаем весьма важной даже в практическом отношении. Не вдаваясь в изложение сущности этих основных философских систем, напоминаем, во-первых, что идеализмом проникнуты все религии; что идеализм в философии всегда отстаивал власть буржуазных и паразитических классов; что представители разных оттенков идеализма в философии на практике „на небо поглядывали, а по земле пошаривали", и потому, во-вторых, логическое развитие этой идеологии в медицине приведет на практике, между прочим, к защите и „философскому" обоснованию так наз. „частной практики", в сущности, принижающей врача и являющейся пережитком гнусного времени неорганизованности капиталистического производства. Уже в докладе Михайлова, в его положении о важности интуиции сквозит неуловимая пока мысль, которую можно будет впоследствии развернуть в форму-

[1]) В докладе проф. *Л. С. Минора* (в том же отчете во „Врач. Газ." № 1) „из научной поездки за границу" имеется характерное наблюдение. Оказывается, что в Европе начинают обращать внимание на раз'единенность философии и общественных наук с медициной и что существует намерение ввести изучение первых в качестве обязательных предметов на первые курсы Медфаков.

лу защиты индивидуализма во врачебной практике. В том же докладе обращение к Авенариусу является, несомненно, ретроградным явлением, когда в 1907-8 г.г. увлечение этими теориями тогдашней революционной среды достигло апогея (и фактически, как потом оказалось, было симптомом происходившего в глубинах русской интеллигенции процесса расслоения, приведшего впоследствии к полному размежеванию), оно нашло достодолжную оценку и решительный отпор со стороны марксистов. Конечно трудно сказать, какая именно часть—большевики или меньшевики тогда резче ополчились против подмены ясной и определенной—материалистической теории Маркса расплывчатой, эклектической и прикрывавшейся фразами, но по существу идеалистической и контр-революционной философией Маха и Авенариуса; трудно по тому, что карты спутались и, напр., будущий апологет войны и враг коммунистов *Г. В. Плеханов,* со свойственной ему ясностью мысли и силой слова выступил в защиту Маркса, а некоторые большевики,—*Луначарский и Богданов*—явились главными застрельщиками „новых" теорий; меньшевики также разбились по этому вопросу на группы: *Л. Аксельрод* (Ортодокс) вполне оправдывала свой псевдоним, а напр. *Юшкевич* пошел, кажется, еще дальше Богданова.

К этому именно моменту и относится внушительное выступление будущего общепризнанного вождя мировой революции, чьим именем—впредь будет называть всякое будущее течение истиной революционной мысли в других странах и всякое революционное движение.

Владимир Ильич Ленин ко всеобщему удивлению выступил в 1910 году с серьезным философским трудом „Марксизм и Эмпириокритизм", которое сразу положило, можно сказать, конец спорам и вместе с знаменитыми статьями *Плеханова* окончательно выяснило характер новых философских течений и их отношение к революции.

Труд В. И. был встречен крайне недоброжелательно, не только пожиманием плечами, но и зачастую и полным игнорированием труда человека—политического деятеля по преимуществу,—который де, мол, в философии ничего не понимает. Это-то особенно характерно для филистерствующего мещанства разделять в разные клетки людей, профессии, миросозерцание, науки. Разделять так, чтоб одна область человеческого знания не соприкасалась с другой.

Но разве не было замечательно, что человек, по самому существу своему призванный преобразовать мир, *на деле* провести в жизнь идеи *Маркса,*—что этот человек, среди массы забот, связанных с кипучей политической деятельностью, нашел время, силы и возможность не только прочесть огромное количество относящейся сюда литературы, но глубоко продумать ее и создать труд, который даст нам в руки мощное орудие в борьбе с классовыми врагами пролетариата, принужденными спасаться от суровой действительности, где наступает конец их господству, на недосягаемых высотах идеализма. Увы! Мы не можем им оставить и этого утешения!

Правда философские противники материализма могут застать марксистов временно не вооруженными, так как занятые другими „châts á foueter" (кошками для сечения), как любил приговаривать часто Георгий Валентинович *Плеханов,* они не имели возможности следить за развитием философских наук,—но новое время с новыми задачами представит эту возможность, и тогда придется извлекать из старых запасов драгоценнейшие орудия для борьбы, и на основе этих запасов выковывать новые.

Важно то, что будущее определенно обеспечено за марксистами, что исторические тенденции, развитие которых развертывается перед нашими глазами, каждодневно подтверждают и неизменно будут подтверждать глубокую истину марксизма и эфемерность и ложность идеалистических бредней.

Итак, необходимость и своевременность—обращение к философским вопросам для нас считается несомненным. Это новая арена, на которой придется пролетарскому авангарду принять бой. В этом бою необходимо принять участие в отношении медицины и врачам. Идет вопрос прежде всего о том, быть-ли медицине материалистической или идеалистической по своим основным воззрениям. Казалось бы, этот вопрос не вызывал до сих пор сомнений. Но небольшие указанные выше примеры ясно указывают на происходящий в этом направлении незаметный сдвиг, который в дальнейшем развитии своем, несомненно, приведет к большим размежеваниям и следствиям. Каждому врачу не мешает вдуматься и приготовиться к пересмотру многих своих основных взглядов. И далеко несправедливо будет думать, будто вопросы философии далеки от повседневной практической работы. Заслуга д-ра *Михайлова* как раз в том и заключается, что он—в основе ложную—философскую систему попытался связать с вечно юной, вечно движущейся жизненной практикой. Остается коллективными усилиями марксистской мысли на место идеалистических и по существу *практически бесплодных* теорий поставить и затем укрепить господство революционного марксизма—ленинизма, или иначе говоря—исторического материализма, который, несомненно, очень быстро вслед за политическими, будет подсчитывать свои победы и на других фронтах, в том *числе и научном.*

К вопросу об уменьшении числа базофильно-пунктированных эритроцитов при хранении препаратов крови.

С. Я. Штейнберга и М. В. Спектора.

В одном из редакционных примечаний к книге Th. Legge и Keneth-Goadby Teleky указывает, что в настоящее время он придает базофильной пунктации эритроцитов, как диагностическому признаку при отравлении свинцом, большее значение, чем раньше. Взгляды Teleky на диагностическую ценность базофильной пунктации изменились после того, как он совместно с P. Schmidt'ом заметил, что долгое хранение неокрашенных или окрашенных препаратов влечет за собой уменьшение в них количества шариков с базофильной пунктацией. Имея в своем распоряжении небольшое количество препаратов крови, из числа полученных при исследовании крови у Киевских рабочих полиграфического производства, мы решили проверить отмеченный Teleky и Schmidt'ом факт.

Рабочие	Исследование	
	1	2
1 Г-д	18	17
2 Ц-к	9	11
3 Л-н	9	7
4 М-ч	7	6
5 Л-к	13	11
6 Д-н	19	19
7 С-в	13	19
8 С-н	15	3
9 Ф в	14	6
10 Р-в	6	1
11 Ч-н	11	2
12 Р-к	13	0
13 С-в	3	10

В приведенной таблице указано количество базофильно-пунктированных эритроцитов на каждые 10.000 шариков, найденное при двукратном исследовании одного и того же препарата. От первого исследования до второго прошло свыше полугода. Из 13-ти исследованных препаратов мы в 5-ти—нашли число базофильно-пунктированных эритроцитов, весьма близкое к тому, которое было получено при первом исследовании, в одном случае оба раза получились совершенно одинаковые результаты, в 2-х случаях число базофильно-пунктированных эритроцитов при втором исследовании оказалось больше, чем при первом, и только в 5-ти случаях вторичное исследование дало значительно меньшее число базофильно-пунктированных эритроцитов, чем первое. Полученные нами данные не позволяют, по нашему мнению, утверждать с той категоричностью, как это делает Teleky, что при лежании препаратов количество базофильно-пунктированных эритроцитов в них уменьшается. Наши данные наводят скорее на мысль о неравномерном распределении пунктированных эритроцитов в различных частях препарата, и с этой точки зрения, быть может, должно расцениваться и указание Meyer'a и Speroni о значительных колебаниях количества базофильно-пунктированных эритроцитов в различные дни у одних и тех же больных.

Из сказанного можно сделать заключение, что при определении количества базофильно-пунктированных эритроцитов не следует ограничиваться подсчетом 10.000 красных шариков. Нужно определять число пунктированных эритроцитов, по крайней мере, на 1 миллион шариков, тогда только можно быть уверенным в точности полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Th. Legge и Kenneth-Goadby—Bleivergiftung und Bleiaufuahme, Berlin, 1921.

2. Meyer и Speroni—M. m. W., 1906, № 17.

Влияние мясного бульона на рост организма в условиях достаточного питания.

(Лаборант при кафедре физиологии БГУ профессор Л. П. Розанов).

Д-р Е. И. Николаева.

Бульону и экстрактивным веществам, содержащимся в нем, приписывали когда то большое значение в деле питания. Так Либих, Каммерих, а позднее Лебедев, (цит. по Тарковскому[1]), производя опыты с кормлением животных мясом, вываренным в течение нескольких суток, заметили, что выварки, содержащие скудное количество экстрактивных веществ, не могут служить для целей питания. Животные через некоторое время отказывались от еды выварок и при этом у них развивались явления расстройства пищеварения, рвота, кровавый понос и, наконец, животное погибало при сильном исхудании. При прибавлении же к этому мясу экстрактивных веществ, последнее становится питательным (Лебедев). Отсюда сделали заключение (Либих, Каммерих), что экстрактивные вещества мяса, остающиеся в бульоне при кипячении, играют важную роль в деле пищеварения. Так, экстрактивные вещества увеличивают отделение желудочного сока (Павлов[2]), а следовательно можно предположить, что улучшают усвоение и всасывание, и поэтому отсутствие их при кормлении животных вываренным мясом и вызывает у последних такие тяжелые явления расстройства пищеварения.

Мною было сделано в лаборатории физиологии несколько опытов над влиянием мясного бульона на скорость роста животных. В своих опытах я хотела выяснить, влияет ли бульон, вообще, на рост молодого организма и каким образом: влияет ли он как сокогонное вещество, способствующее улучшению пищеварения и лучшему усвоению питательных веществ, или в самом бульоне содержатся вещества, которые, всосавшись в кровь, уже сами по себе оказывают влияние на рост организма. С этою целью я свои опыты несколько видоизменяла: так, одной серии животных бульон вводился под кожу, другая же серия получала такой же бульон per os.

Кроме того, нужно упомянуть, что опыты мои сделаны над животными, пользующимися полноценными белками (кроме бульона животные получали гречневую крупу и молоко). И я хотела выяснить, оказывает ли бульон какое нибудь влияние на рост при таком питании?

Об'ектом моих наблюдений были белые молодые (1½ м-ца) крысы. Бульон был приготовляем мною следующим образом: кусок свежего мяса в 20,0 очищался от жира и пленок, мелко нарезывался и варился в течение 20 минут в 100,0 воды с 2,0 Nacl при t⁰ кипения; пропускался два раза чрез фильтровальную бумагу. Полученный, таким образом, бульон при охлаждении впрыскивался животному под кожу в количестве 0,5 ксм.

ОПЫТ I.

Опыт над животными, получающими бульон под кожу. Опыт продолжался 5 недель, причем неделя впрыскивания чередовалась с неделей, когда животные бульона не получали. Привожу цифры прибавки веса животного за неделю.

Серия 1a.

ОПЫТ число	приб. за неделю	Контроль	Разница в весе м. опытн. и контр. до и после опыта
30 июля—6 авг.	10,7 (впрыск.) .	6,3	До опыта контр. был тяжелее
6 авг.—15 авг.	10,0 (не впр.) .	13,2	опытного на 3,7.
15 авг.—22 авг.	13,3 (впрыск.) .	11,3	После опыта опытн. стал тяже-
22 авг.—29 авг.	16,1 (не впр.) .	15,5	лее контр. на 6,5.
29 авг.—5 сент.	7,6 (впрыск.) .	4,2	

Серия 1b.

ОПЫТЫ число	приб. за нед.	Контроль	Разница в весе м. опыт. и контр. до и после опыта
30 июля—6 авг.	0 (впрыск.) .	9,5	До опыта контр. был тяжелее
6 авг.—15 авг.	3,3 (не впр.) .	—4,5	опытн. на 3,5.
15 авг.—22 авг.	23,7 (впрыск.) .	14,5	После опыта опытн. стал тяже-
22 авг.—29 авг.	17,8 (не впр.) .	10,6	лее контр. на 9,8.
29 авг.—5 сент.	6,0 (не впр.) .	5,9	

Серия 2a.

ОПЫТЫ число	приб. за нед.	Контроль	Разница в весе м. опыт. и контр. до и после опыта
15 авг.—22 авг.	31,0 (впрыск.) .	29,8	До опыта контр. был тяжелее
22 авг.—29 авг.	2,3 (не впр.) .	0,8	опытн. на 10,7.
29 авг.— 5 сен.	31,4 (впрыск.) .	23,0	После опыта контр. стал тяже-
5 сен.—12 сен.	22,8 (не впр.) .	14,7	лее опытн. на 7,3.

Серия 2b.

ОПЫТ. число	приб. за нед.	Контроль	Разница в весе м. опыт. и контр. до и после опыта
15 авг.—22 авг.	30,2 (впрыск.) .	29,8	До опыта контр. был тяжелее
22 авг.—29 авг.	10,8 (не впр.) .	—4,0	опытн. на 10,8.
29 авг.— 5 сен.	20,5 (впрыск.) .	36,0	После опыта опытн. стал тяже-
5 сен.—12 сен.	20,0 (не впр.) .	15,0	лее контр. на 1,0.

Просматривая изменения роста животных в неделю введения им под кожу бульона и в неделю, когда они бульона не получали, видим, что они одинаково росли. Напр., в серии 1а с 30 июля — 6 августа после впрыскивания бульона животное прибавилось на 10,7, в неделю, когда оно бульона не получало, прибавилось на 10,0. Затем дальше—с 15 августа—22 августа бульон впрыскивался, животное прибавилось на 13,3 с 22 августа—29 августа бульона не получает, прибавляется на 16,1 и т. п. В данных опытах бульон, повидимому, не оказал никакого влияния на скорость роста животного.

ОПЫТ II.

Бульон впрыскивается в течение двух недель, а затем в течение 2-х недель наблюдаем этих же животных уже не давая им бульона.

Серия 1а.

ОПЫТ.	приб. за 2 нед.	Контр.	Разница в весе м. опытн. и контр. до и после опыта.
5 нояб.—19 нояб.	26,2 (впрыск.) .	25,0	До опыта контр. были тяжелее опытн. на 18,0.
19 нояб.— 7 нояб.	20,3 (не впр.) .	20,5	После опыта конт. стал тяжелее опытн. на 19,7.

Серия 1b.

ОПЫТ.	приб. за 2 нед.	Контр.	Разница в весе м. опыт. и контр. до и после опыта.
5 нояб.—19 нояб.	20,0 (впрыск.) .	21,2	До опыта контр. был тяжелее опытного на 2,0.
19 нояб.— 4 дек.	24,0 (не впр.) .	18,3	После опыта опытн. стал тяжелее контр. на 3,0.

Серия 2а.

ОПЫТ.	приб. за 2 нед.	Контр.	Разница в весе м. опыт. и контр. до и после опыта.
5 нояб.—19 нояб.	23,0 (впрыск.) .	27,0	До опыта контр. был тяжелее опытн. на 4,5.
19 нояб.— 4 дек.	18,8 (не впр.) .	12,8	После опыта контр. стал тяжелее опытн. на 6,0.

Серия 2b.

ОПЫТ.	приб. за 2 нед.	Контр.	Разница в весе м. опыт. и контр. до и после опыта.
5 нояб.--19 нояб.	27,0 (впрыск.) .	24,7	Контр. до опыта был тяжелее опыт. на 1,7.
19 нояб.— 4 дек.	18,0 (не впр.) .	13,1	После опыта опытн. стал тяжелее контр. на 5,5.

В этих сериях еще менее заметно влияние бульона. Совершенно одинаково растут как опытные, так и контрольные. Если обратим внимание на разницу в весе между опытными и контрольными животными, то она остается почти одинаковой.

ОПЫТ III.

Животные получают ежедневно по 6,0 мясного бульона, но per os.

Прибавка в весе за 1 месяц

	Опытные				Контрольные	
№ 1		№ 2	№ 3	№ 4		№ 2
5 нояб.—4 дек. .	43,5	49,1	44,0	46,0	№ 1. 38,0	46,0

Из полученных данных всех опытов можно заключить, что мясной бульон не оказывает существенного влияния на рост животных при питании полноценной пищей.

Животные последнего опыта (III) получали в сравнении с другими животными большее количество (6,0) бульона, однако ничем не отличаются от опытных, получающих бульона лишь 0,5 ксм. и в среднем как те, так и другие за месяц опыта увеличились на 45,0. Контрольные, совершенно не получающие бульона, прибавились приблизительно на столько же.

Что-же из себя представляет мясной бульон и какое он вообще играет значение в деле питания?

Химический состав бульона: вода, минеральные соли, альбумозы, клейдающие вещества, экстрактивные вещества. Альбумозы, входящие в состав бульона в количестве 6,01 проц. (по Либиху—цит. по Хлопину), клейдающие вещества в количестве 10,4 проц.—не играют почти никакого существенного значения в бульоне в сравнении с экстрактивными веществами, содержащимися в нем в количестве 61,04 проц. (Либих).

Главною составною частью экстрактивных веществ являются: креатин, креатинин, саркозин, ксантин, карнин, карнозин, инозиновая кислота, мочевина, пуриновые тела, таурин, лецитин и др. и безазотистые: янтарная, молочная к-ты, следы жира, глюкозы, малотозы, декстрин, гликоген и др. (Макеев[4]).

Принимая во внимание незначительное содержание в экстрактивных веществах, а следовательно и в бульоне, альбумоз, следы жира и углеводов и наоборот—большое содержание азотистых веществ, бульон с мясными экстрактами, повидимому, не играют никакой роли в деле питания и его следует отнести не к пищевым веществам, а к вкусовым (Рубнер — цит. по Хлопину). Помимо вкусового значения экстрактивные вещества бульона способствуют отделению желудочного сока („действуя на слизистую пилорической части желудка"—Павлов[2]), возбуждает деятельность сердца, учащают пульс, поднимают тонус нервной системы Хлопин[3]). Кроме того $^2/_3$ экстрактивных веществ принимают участие в обмене веществ, образуют мочевину и доставляют организму известную долю энергии (Пфлюгер, Френцель—цит. по Хлопину).

Итак, бульон, не являясь питательным, в приведенных выше опытах не дал ничего существенного в деле ускорения роста животных при полноценной пище.

Но, чтобы окончательно выяснить вопрос о влиянии бульона на рост организма, недостаточно ограничиться приведенными мною опытами. Нужно проверить это еще не раз, видоизменяя опыты таким образом, чтобы животные получали бульон при недостаточном питании и полном голодании, чтобы убедиться в непосредственном действии бульона, что я и намерена проделать в ближайшем будущем.

В. конце считаю своим долгом принести благодарность профессору Льву Павловичу Розанову за его ценные советы и указания в деле постановки опытов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Тарковский.* „Материалы для диэтетики вареного мяса". Дисс. СПБ. 1890 г.

2. *Павлов И. П.* „Лекции о работе главных пищеварительных желез". Ленингр. Изд. 1924 г.

3. *Хлопин Г. В.* „Методы исследования пищевьх продуктов". Вып. II. Петроград. Изд. 1915 г.

4. *Макеев.* „Курс медицинской химии". Москва. Изд. 1906 г.

5. *Бабкин.* „Внешняя секреция пищеварительных желез". Петроград. Изд. 1915 г.

Реакция изоагглютинации.

Из серодиагностического отделения Белорусского Пастеровского Института, директор Б. Я. Эльберт.

В. М. Геркес.

Уже к концу XIX столетия было известно явление, состоящее в том, что при смешении эритроцитов одного вида животного с сывороткой животного другого вида иногда получается склеивание красных кровяных шариков. Это склеивание известно под названием гетерогемагглютинации (Landois). Позднее оказалось, что не только сыворотка одного вида склеивает эритроциты другого вида животного, но феномен гемагглютинации может быть доказан в пределах одного и того же вида. В частности, у человека было обнаружено, что сыворотка одного суб'екта, смешанная in vitro с красными кровяными шариками другого, склеивает их в кучки и осаждает на дно. С явлением агглютинации крови у человека практически столкнулись впервые при работе с трансфузией крови.

Так Landsteiner показал, что при переливании крови эритроциты дающего кровь суб'екта иногда подвергаются склеиванию, иногда же—гемолизу сывороткой воспринимающего, причем, как эритроциты донатора, послужившие для трансфузии, так и сыворотка воспринимающего сами по себе не были подвергнуты до того никаким патологическим изменениям (Landsteiner и Leiner).

Если явление склеивания эритроцитов сывороткой другого вида животного носит название гетерогемагглютинации, то склеивание крови в пределах одного и того же вида мы называем изоагглютинацией; в тех же случаях, когда эритроциты агглютинируются собственной сывороткой, как, это, например, наблюдается при малярии (под влиянием значительного охлаждения тела малярика), этот феномен определяется как аутоагглютинация.

Склеивание эритроцитов одного человека сывороткой другого мы можем обнаружить, если смешать перекрестно несколько проб красных кровяных шариков с таковыми сывороток, причем даже близкая родственность (напр., мать и ребенок) не исключает возможности изоагглютинации. Landsteiner, занимаясь изучением изогемагглютинации, первый в 1901 году разделил людей, по особенностям изогемагглютинации на три группы: I, II и III.

Впоследствии другие исследователи обнаружили у некоторых людей такие свойства крови, которые не укладывались ни в одну из групп Landsteiner'a. Только в 1907 году появилась работа Янского о делении всех людей по свойствам их крови на 4 группы. В 1910 году, независимо от Янского появилась работа Мосса· Его классификация отличается от таковой Янского только тем, что он назвал I-ой группой ту, которая у Янского обозначается IV-ой группой.

I-ая группа по Моссу характеризуется тем, что ее сыворотка не склеивает ничьих эритроцитов, эритроциты же ее могут быть склеены любой из сывороток остальных трех групп.

Сыворотка II группы агглютинирует эритроциты I-ой и III гр., эритроциты же ее склеиваются сыворотками III и IV группы.

Сыворотка III группы агглютинирует эритроциты I и II группы.

Эритроциты III группы агглютинируются сыворотками II и IV группы. Наконец, сыворотка IV группы агглютинирует эритроциты I, II и III группы. Эритроциты же ее не поддаются склеиванию никакой сывороткой.

Все эти явления могут быть об'яснимы тем, что в реакции агглютинации участвуют агглютинины сыворотки „а" и „в" и агглютиногены эритроцитов „А" и „В". Взаимодействие между сывороткой и эритроцитами возможно при наличии агглютинина и соответствующего ему агглютиногена. Агглютиногены и агглютинины распределяются по группам следующим образом:

Группы	Агглютиногены	Агглютинины
I	„А„ и „В"	—
II	„А"	„в"
III	„В"	„а"
IV	—	„а" и „в"

Для определения принадлежности людей к той или иной группе, можно пользоваться штандартными сыворотками или же самостоятельно установить агглютинационные группы. Самостоятельно установить агглютинационные группы можно следующим образом. Предположим, что мы имеем 100 кровей, разбиваем их на 5 серий. Крови каждой серии мы подвергаем между собой перекрестной агглютинации.

Это можно изобразить следующим образом.

С Ы В О Р О Т К И

	Э Р И Т Р О Ц И Т Ы																			
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
2	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
3	+	—	—	+	—	+	+	—	+	—	—	—	—	—	—	+	—	+	+	+
4	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
5	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
8	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
9	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
10	+	—	—	+	—	+	+	—	+	—	—	—	—	—	—	+	—	+	+	+
11	+	—	—	+	—	+	+	—	+	—	—	—	—	—	—	+	—	+	+	+
12	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
13	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
14	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
15	+	—	—	+	—	+	+	—	+	—	—	—	—	—	—	+	—	+	+	+
16	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
17	+	—	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	—	+	+	—	+	+	+
18	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—		—	—	—
19	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
20	—	—	+	—	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—

Тут мы можем отметить группу кровей (№№ 2, 5, 8, 12, 13, 14, 17), эритроциты которых не агглютинируются ни одной из сывороток (IV гр. по Моссу). Тут же легко выделить и I группу (№ 6), сыворотка которой не агглютинирует эритроцитов никакой крови, эритроциты же агглютинируются сыворотками всех других кровей. Остальные же крови распадаются на две группы (№№ 3, 10, 11, 15 и №№ 1, 4, 7, 9, 16, 18, 19, 20).

Эритроциты этих кровей агглютинируются сыворотками IV группы. Сыворотки же каждой из этих двух групп агглютинируют эритроцитов друг друга, а также и эритроцитов 1-ой группы. Все эти свойства характерны для II и III группы.

Из методов для определения принадлежности крови к той или иной группе остановимся на методе Мосса и Винцент-Брема. По методу Мосса достаточно иметь II и III гр. штандартных сывороток, чтобы находить все 4 группы. Действительно, если красные кровяные шарики склеиваются сыворотками 2-ой и 3-й гр., то они относятся к 1-ой группе по Моссу (или к 4-й группе по jansky'ому); если эритроциты не склеиваются ни сывороткой 2-й ни 3-й группы, то они должны быть отнесены к 4 й группе по Moss'у (или 1-й группе по Iansky'ому); наконец, эритроциты, агглютинирующиеся сывороткой 3-й гр., принадлежат ко 2 й группе, а склеивающиеся сывороткой 2-й группы—к 3-й группе. Это можно изобразить в следующей таблице.

Сыворотка	Эритроциты ? группы			
Гр. II	+	—	+	—
Гр. III	+	+	—	—
Группы по Moss'у	I	II	III	IV

По методу Винцент-Брема мы имеем возможность определять все 4 группы при наличии сыворотки и эритроцитов II или III группы.

В наших исследованиях мы пользовались штандартными сыворотками, полученными из Венского Серотерапевтического Института, а также сыворотками, выделенными нами по венскому штандарту и реакцию производили по способу Винцента, который пользуется наибольшим распространением. Определение типа крови у исследуемых суб'ектов мы производили обычно спустя 4--5 часов после взятия у них крови, поэтому в ряд пронумерованных пробирок с диаметром 5—6 миллиметров мы заранее наливали по 4 капли 1 проц. раствора Natr. citricum в физиологическом растворе поваренной соли и затем в пробирку впускали одну—две капли крови исследуемого. К моменту исследования эритроциты плотной кучкой оседали на дно и жидкость над ними была совершенно прозрачной. Производство реакции состоит в том, что на предметное стекло наносятся две капельки эритроцитов на некотором расстоянии друг от друга и тут же смешивается с сыворотками II и III группы. Там, где получается реакция агглютинации, можно ясно видеть простым глазом склеившиеся кучки эритроцитов. Можно также вести реакцию в висячей капле. Для этой цели эмульсию эритроцитов смешивают на покровном стекле с каплей сыворотки; покровное стекло с намазанной стороной вниз помещается над углублением предметного стекла и в таком виде исследуется под микроскопом. Преимущество этого метода перед методом Винцента состоит в том, что можно дольше вести наблюдение, но с другой стороны эритроциты, скоп-

ляясь в одном месте, могут дать ложную картину агглютинации. Что касается самых штандартных сывороток, то они отличаются большой устойчивостью. Агглютинины сыворотки по наблюдениям Шамова и Еланского не разрушаются при получасовом нагревании даже до 60° и даже после загнивания. По наблюдениям Landsteiner'а, Рейнолдс'а высушивание также не лишает сывороток агглютинирующих свойств.

Мы в наших исследованиях выяснили процентное отношение групп между собой. В этой области уже есть много работ. Так, например, Hirschfeld исследовал 1000 кровей и вывел следующее процентное отношение групп: I—40,7 проц., II—31,2 проц., III—21,8 проц., IV—6,3 проц. Шамов и Еланский исследовали 212 случаев и получили: I гр.—35 проц., II—38,2 проц., III—20,3 проц., IV—6,1 проц., Рубашкин исследовал 808 кровей и получил: I гр.—28,4 проц., II—40,2 проц., III—23,9 проц., IV—7,4 проц. В среднем получаем: I гр.—34 проц., II—37,1 проц., III—22,3 проц., IV—6,6 проц.

Наблюдаемые тут небольшие колебания внутри каждой группы отчасти понятны, поскольку процентные отношения групп выводились на основании небольших масс исследований.

Наши исследования обнимают 267 случаев и дают нам следующие процентные отношения групп: (по Jansky'ому) I--39,6 проц., II -41,9 проц., III—12 проц., IV - 6,7 проц.

В последнее время много внимания уделено изучению вопроса о постоянстве групп. Некоторые исследователи пытались установить связь между группами и болезнью Так Ascol связывал повышение изоагглютинации с тифом, малярией, и т. д. Другие (Авдеева, Грицевич) указали на имеющуюся особенность в распределении групп у больных туберкулезом. Landsteiner и Leiner доказали отсутствие таковой связи. На ряду с данными о постоянстве групповых отличий имеются наблюдения, указывающие на возможность их изменений. По наблюдениям Ляховецкого над малярийными больными в резких случаях наблюдается переход одной группы в другую, главным образом IV (по Jansky'ому) в III группу. Молдавская и Паули на основании своих наблюдений над малярийными же больными об'ясняют изменение изоагглютинационных свойств изменением количественного характера их т. е. агглютинины и агглютиногены могут усилиться или ослабеть до полного исчезновения и обнаружиться там, где их раньше трудно было показать. Были попытки воздействовать на группы искусственно, чтобы вызвать изменение их. Так пытались воздействовать медикаментами, наркозом, пропусканием электрического тока, но эти попытки ни к чему не привели. Совершенно иначе стоит вопрос о взаимоотношении между группами и национальностью. Многочисленные исследования показали, что среди всех национальностей встречаются все 4 группы, но в различных процентных отношениях. Заслуживает внимание исследования Hirschfeld'ов относительно расовых особенностей в распределении агглютининов. Они нашли, что по направлению с запада на восток уменьшается проц. агглютиногена „А" и увеличивается проц. агглютиногена „В", т. е. преобладание 3-й группы крови на западе переходит в преобладание 2-й группы на востоке.

Для характеристики той или иной расы H. и S. Hirchfeld'ы ввели расово-биологический индекс, т. е. соотношения процентного содержания в крови данной расы агглютиногена „А" к агглютиногену „В". Агглютиноген „А" имеет 2-ая группа и 4-ая, агглютиноген „В" имеет группа 3-я и 4-я, таким образом Р. Б. И.$=\frac{II+IV}{III+IV}$ Этот индекс уменьшается с запада на восток. На распределении групп сказывается не только влияние расы, но также и местности. Так Hirschfeld'ы нашли индекс для африканских

негров 0,80, Levis для американских негров, тех же африканских, но перевезенных несколько столетий тому назад в Америку, установили индекс 1,36. С другой стороны другие авторы (Верцар) об'ясняют эти явления примесью крови белой расы. Для русских Европейской России найден индекс 1,53, а для русских сибиряков индекс 1,11.

Мы различаем два главных расовых индекса—азиатско-африканский и европейский, отличающихся друг от друга тем, что для африканского индекса преимущественной является III группа, а для европейского II группа; что касается вопроса прирожденности изоаглютинационных свойств, то по исследованиям Quarrie эти свойства выражены у новорожденных неполностью. Landrock, Haap вовсе не нашли агглютинационных свойств у детей. Haap полагает, что они появляются после первого года жизни. Исследования Рубашкина агглютинационных свойств у новорожденных со штандартными сыворотками показали отсутствие, как агглютининов, так агглютиногенов. Но лишь повторное исследование с сыворотками более высокого титра дало возможность обнаружить агглютинины и агглютиногены в отношениях близких таковым у детей 1 года. Что касается наследственности изоагглютинационных свойств, то в этой области еще очень мало исследований. Пока на основании имеющихся данных еще не пришли к каким либо выводам, как относительно постоянства, так и изменчивости изоагглютинационных свойств человеческой крови и вопрос остается открытым, имеем ли мы дело при изменении групп с появлением новых свойств крови или лишь усилением или ослаблением одного из свойств до не возможности его обнаружить теми способами, которыми мы пользуемся в настоящий момент; что касается практического применения группировки людей по изоагглютинационным свойствам их крови, то первое место занимает переливание крови.

Кроме крови той же группы пациенту может быть перелита кровь и другой группы При наличии агглютининов в крови пациента в отношении к эритроцитам переливаемой крови получается склеивание эритроцитов. В данном случае переливание крови невозможно. При наличии же агглютининов в переливаемой крови в отношении к эритроцитам пациента переливание возможно, так как попадающие в большую массу крови пациента сравнительно небольшое количество агглютининов переливаемой крови, находясь там в большом разведении, действует весьма слабо.

Из вышеуказанного ясно, что I группа, не содержащая агглютининов, может воспринять кровь от всех остальных групп от 1-й до 4-й включительно, но давать может только одноименной группе 1. Группу IV, эритроциты которой не агглютинируются всеми остальными группами, можно переливать веем остальным группам, но получать она может только от одноименной. 2-я группа может давать I и II, а получать от II и IV группы. III группа может давать I и III группе и получать только от III и IV группы.

Впоследствии стали руководствоваться при гомопластической пересадке кожи принципом подбора групп по агглютинации крови. Не буду останавливаться на этом вопросе, также на некоторых других, касающихся практического применения группировки людей по агглютинационным свойствам их крови, поскольку эти вопросы еще мало исследованы. В последнее время за 1923 год появилась работа Гатри и Хокк, которые внесли новое в учение об изоагглютин ционных свойствах человеческой крови. Этими исследователями намечается вместо прежних 4—6 групп.

Одна из этих групп представляет собой, как бы разновидность II гр. Пока вопрос о существовании еще новых 2-х групп, не будучи достаточно освещен и проверен, остается открытым.

После изучения методики изоагглютинации, перед нами стоит задача выяснения возможности изменения типов крови под влиянием какого либо заболевания. Например, сифилиса и малярии, о чем в литературе не имеется окончательного суждения. Затем, как с теоретической стороны, так и практической стороны мы стоим перед вопросом о наличности изоагглютининов у лабораторных животных, например, кроликов, собак и т. д. Наконец, требует разрешения вопрос о возможности получения искусственных изоагглютининов, например агглютининов у кролика по отношению ко всем типам эритроципов человека.

Детальное изучение вопроса изоагглютинации помимо теоретического интереса является особенно важным, как дающее ценные методы исследований для хирургов, биологов (наследственность) и в частности для евгеников.

К казуистике уродств внутриутробного плода.

Из акушерско-гинекологической клиники Б. Г. У.
(Директор, профессор М. Л. Выдрин.)

Ординатор клиники **С. А. Мазель.**

История развития учения об уродствах имеет свои корни в глубокой древности. Аристотель во времена древней Греции считал уродства ошибками природы. В Римскую эпоху Плиний считал уродства игрой природы. Законы Греции и Рима лишают уродов права на существование, и при самом рождении судьба таких уродов решалась тут же: так, например, в Спарте их сбрасывали с Тарпейской скалы. В средние века, во времена инквизиции и пыток, женщина, родившая урода, безжалостно сжигалась на костре, как обвиняемая в сношениях с дьяволом. Религиозные предрассудки смотрели на уродство, как на кару божию.

Таковы были взгляды на уродства до XVI столетия, когда впервые появилось сочинение об уродствах Якобия Руффа, а лишь в XVIII столетии выходит в свет сочинение Вольфа teoria generationis, которая дала толчек к научной разработке учения об уродствах и сделала тератологию научной дисциплиной.

В XIX столетии знаменитые работы Карла Эрнста Бера по экспериментальной эмбриологии послужили основанием, на котором строится затем здание тератологии, и вскоре появляются капитальные труды Ферстера и Альфельда „Die Missbildungen des Menschen" и Швальбе „Die Morphologie der Missbildungenn, которые создают стройное учение о морфологии уродств.

В начале XX столетия мы уже встречаемся с очень интересным трудом Ганса Пржибрама, который в своей работе Teratologie und Teratogenese дает основательную классификацию человеческих уродств, а одновременно с ним ряд эмбриологов, анатомов и гистологов занимается дальше разработкой этого вопроса. Достаточно упомянуть о таких известных именах, как Гертвиг, Френкель, Ру, Бонэ, Вальдеер, Броман, которые вырабатывают ряд учений и теорий, об'ясняющих тератогенез и тератоморфоз. Таким образом, с этого момента аномалии и уродства, дефекты развития и целый ряд загадочных процессов внутриутробной жизни плода, сложные, еще не разгаданные до сих пор законы неправильного роста—все это заставляет работать научную мысль эмбриолога, гистолога и анатома, чтобы искать правильного и истинного разрешения вопроса.

Нас, клинических работуников, изучение этих уродств интересует с различных точек зрения. Одни уродства для нас важны в связи с вызываемыми ими затруднениями во время акта родоразрешения. Сюда относятся: Craniopagus, Thoracopagus Jschiopagus, dicephalus, hydrocephalus и т. п. Другие уродства обращают на себя внимание врача, потому что

Классификация уродств по Гансу Пржибраму.

	КЛАССЫ	ГРУППЫ	ФОРМЫ	ПРОЯВЛЕНИЕ
I	Monstra per defectum. (Zuwenig)	1. Фиссуры или трещины и щели. 2. Атрофии или мутиляции. 3. Отсутствие твердых типовых элементов. 4. Неостения и задержка развития органов. 5. Нанизм—карликовость.	1. Отсутствие нормальных замыканий и срощений симметричных систем и органов. 2. Отсутствие систем, органов, частей (глаз, ушей и т. п.) 3. Недостаток пигмента, волос, ногтей. 4. Задержка роста на низших ступенях эмбрионального развит. 5. Недостаточная величина всех частей тела.	1 и 2 } Amnion и его хордальные тяжи. 3. Ослабленность роста зародышевых элементов. 4 и 5 } Ограниченный запас зародышевого материала.
II	Monstra per excessum. (Zuviel)	1. Разрощения и наросты (protuberans). 2. Многочисленность частей (pluralität). 3. Избыток элементов (hyperdosis) 4. Преждевременное развитие органов (progenesis). 5. Гигантизм (гигантский рост).	1. Syndaktilia, опухоли. 2. Двуголавость, два туловища (сиамские близнецы). 3. Избыток волос, увеличение пигмента. 4. Преждевременное развитие половых органов. 5. Колоссальный размер роста частей человеческ. организма.	1 и 2 } Ненормальное отношение внутритканевого давления (бластотомия). 3. Более сильное развитие определенной органсистемы 4 и 5 } Заболевание тимус надпочечников, гипофиза—выпадение или изменение функции.
III	Monstra per fabricam alienam. (Anders)	1. Гетерофория или гетеротония. 2. Гетероморфоз. 3. Гетерогенезис. 4. Гермафродитизм—гетерогенитализм. 5. Situs viscerum inversus—Гетеротаксия.	1. Органы не в том месте и не на счет той ткани. 2. Изменение характера органа по функции и анатомии. 3. Изменчивость зародышевых элементов в начальной стадии развития. 4. Неправильное развитие половых органов. 5. Обратное расположение органов и систем.	} Изменение всего туловища.

они тотчас или вскоре после рождения нуждаются в хирургическом вмешательстве: заячья губа, волчья пасть, полидактилия и т. п. Третий вид уродств вызывает большие затруднения в диагнозе, а четвертые возбуждают в нас чисто научный интерес. К числу последних уродств относятся уродства с дефектами черепной крышки и отсутствием мозговой коры (гемицефалия) или даже всей мозговой ткани (анэнцефалия и акрания).

По исследованиям Циглера подобная аномалия—характерное проявление одной из высших форм уродливого развития плода и наблюдается в двух видах: или вовсе не находят ни головного, ни спинного мозга или имеются только следы его ввиде рудиментов мозговой субстанции (так наз. arca cerebrovasculosa), при этом основание черепа бывает покрыто соединительной тканью, богатой кровено ными сосудами или кистовидными полостями и железоподобными ходами, покрытыми или прототипом нижней мозговой оболочки или только кожными покровами головы.

В то время, как гемицефалия встречается чаще, анэнцефалия наблюдается довольно редко. Вообще же вопрос об этой форме аномалии до сих пор разработан значительно меньше, чем вопрос о других формах уродств. В научных трудах Швальбе, Ашофа, в коих целые томы посвящаются другим видам уродства, как cyclopia, fissura facili, Diprosopia и др. об анэнцефалии упоминается только между прочим, вскользь. В Бахрушинской больнице в Москве за 13 лет было только 2 случая анэнцефалии. В Старо-Екатерининском Родильном Доме в Москве за 7 лет на 27,318 родов было опубликовано 3 случая. Отчет Ленинградских родильных домов профессора Какушкина на 2,200 родов дает один случай. Клейнгауз в Пражской клинике за 12 лет наблюдал 2 случая. В Геттингенской женской клинике на 3,700 родов было 3 случая. Собирая литературу этих форм уродств за 25 лет, Мерсиети удалось по литературным данным Западной Европы собрать 76 случаев. В периодической русской печати из года в год попадаются опубликованными также единичные случаи. Так в октябрьском номере Врачебной газеты за 1924 год опубликован случай, имевший место в Зубцовской больнице, Ржевского уезда, Тверской губ., где анэнцефалия сопровождалась одновременно заячьей губой и волчьей пастью. Один случай недавно имел место в 3-ем Родильном Доме в Москве и опубликован в № 6 журнала „Акушерство и Гинекология“ за 1924 год.

Случай гемицефалии месяца 2 тому назад наблюдался в Минском Первом Родильном приюте. В нашей клинике за минувший год наблюдались 2 случая мозгового уродства. По независящим от нас причинам препараты этих уродов подверглись исследованию в состоянии плохой фиксации. Тем не менее на основании исследования продольного распила черепа, а также поперечного распила позвоночника и продольного распила спинномозгового канала и сравнения наших препаратов с мозговыми препаратами такой же фиксации, мы считаем себя в праве причислить оба наших случая к анэнцефалии—акрании с наличностью мозговых оболочек и полным отсутствием мозговой ткани.

Анамнез и status praesens.

Первый случай. Гражданка Э. жена булочника, минчанка, еврейка, 26 лет, занимается домашним хозяйством. Первые менструации на 15 году через 4 недели по 3 дня без болей. Половой жизнью живет 4 года. Первая беременность 3 года тому назад закончилась преждевременными родами на восьмом месяце. Родила, по словам матери, здорового ребенка, который в первые же сутки после родов погиб, как недоношенный. Вторую беременность 2 года тому назад донесла благополучно и родила нормальную девочку, которая до сих пор жива и здорова. Теперь у нее третья беременность. Размеры таза нормальны. В анамнезе никаких указаний на ненормальность предыдущих беременностей или родов не имеется. Lues больная отрицает. Положение плода опре-

деляется наружным исследованием, как продольное черепное, но неопределенное ввиду каких то неясностей предлежащей части. Последних регул не помнит. Движение плода во время беременности до сих пор слабо чувствовала. Сердцебиение плода перед родами не выслушивается. Роды начались 25 ноября п. г. в 4 часа утра и окончились в 9 час. 30 м. утра. При внутреннем исследовании оказалось, что предлежит личико. Период раскрытия и прорезывания протекал нормально. Некоторое затруднение пришлось лишь испытать при выведении широких плечиков. Родился плод женского пола с анэнцефалией, весом 1340 грамм, недоношенный, мертвый, но свежий, не мацерированный. Место выделилось благополучно, по наружному осмотру место и пуповина нормальные. Последовой период протекал благополучно. На 9-ый день выписалась здоровой.

Второй случай. Гражданка Ф. санитарка 1-ой Горсовбольницы г. Минска, 24 л. Белорусска. 1 регулы на 16 году через 3 недели по 4—5 дней с болью во время регул. Половой жизнью живет год. Беременность 1-я. Последних регул не помнит. Размеры таза Dsp. 25, Dcr. 28, Dtr. 30, Con. externa 20 стм. Окружность живота 80 стм. Положение плода продольное, предлежащая часть не ясна справа внизу, спинка влево. Движений плода не чувствовала, сердцебиение плода не выслушивается Предлежащая часть при внутреннем исследовании и целом пузыре прощупывается, как неопределенная мягкая часть. Начало родов 10-го сентября в 10 часов утра, окончание родов 1 час 15 минут ночи того же дня. Родилась девочка недоношенная, мертвая, с анэнцефалией, весом 820 грамм. Послед вышел через 15 минут самостоятельно. Со стороны последа, оболочек и пуповины никаких ненормальностей не наблюдается. Послеродовой период протекал нормально. Выписалась на 9-ый день совершенно здоровой.

Описание препарата I. Наружный осмотр:

Младенец женского пола весом 1340 гр. родился мертвым не мацерированным. Черепной свод отсутствует, начиная от глазниц и кончая чешуей затылочной кости. Имеется только лицевая часть черепа с зачатками лобной, височных и затылочной костей. На месте отсутствующих костей находится мягкая кожная оболочка, на палец в ширину заросшая волосами, и в самом центре даже и этой головной покрышки соединительно-тканного черепа нет, есть только тонкая оболочка, покрывающая это место, где должен быть головной мозг. В области затылочной кости имеется неправильно растущая часть затылочной кости, выступающая наружу своей обнаженной частью с отверстием, идущим в спинномозговой канал. Кожа тела покрыта пушком (lanugo) и сыровидной смазкой. Глаза резко выступают из орбит (Exophthalmus), особенно бросающийся в глаза вследствие недоразвития верхних частей лобных костей. Уши оттопырены. Рот открыт. Язык вытянут между обеими челюстями. Таким образом лицо имеет лягушечий вид, Krötenkopf (жабья голова) немецких авторов. Длина младенца 36 смт. Размер плечиков 8 смт. Размер бедер 9 смт. Длина верхней конечности 19 смт. Длина нижних конечностей 16 смт. Окружность груди 27 смт. Окружность таза 22 смт. Грудные железы и соски очень хорошо

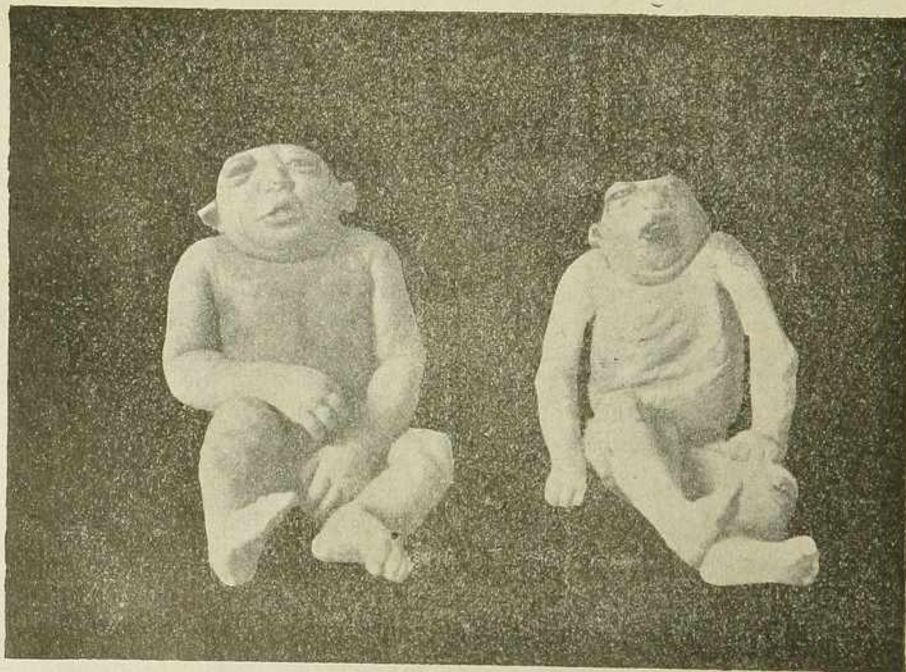


Рис. а) Ребенок булочницы Э. Рис. б) Ребенок санитарки Ф.

развиты. Наблюдается полное отсутствие шеи так, что вся голова непосредственно переходит в туловище, в грудь и производит впечатление, что ребенок втянул, как говорят, „голову в плечи". Туловище хорошо развито, в особенности плечики, голова резко согнута назад, а шейная часть позвоночника резко лордотически искривлена.

Вскрытие обнаружило: полное отсутствие головного мозга и черепной покрышки, т. е. отсутствуют обкладочные кости черепа. Кости основания черепа, т. е. кости примордиальные, развиты уродливо и покрыты губчатой, обилующей кровеносными сосудами грануляционной тканью. Спинного мозга также нет, но спинномозговой канал выстлан соединительнотканным мешком (оболочки спинного мозга). На поперечном разрезе мозгового вещества не обнаружено. Glandula thymus хорошо развита, как и щитовидная железа. Легкое не плавает, а тонет в воде, очевидно, младенец не дышал. Сердце и клапаны развиты нормально. Печень несколько больше нормы, в особенности ее правая доля. Правый надпочечник слабо развит. Половые органы нормальны. В отношении остальных органов никаких уклонений от нормы не наблюдается.



Рис. 2. Ребенок булочницы Э.

Описание препарата II. Наружный осмотр и вскрытие:

Как по внешнему виду, так и по внутреннему содержимому второй случай представляет почти полную аналогию с первым, за исключением веса и роста, как будто их одна мать родила. Пол женский, черепная покрышка отсутствует. Голова как бы скошена, начиная от надбровных дуг и кончая затылочной областью. Уши оттопырены, рот раскрыт. Язык торчит наружу. Нос приплюснутый. Глаза резко выступают из орбит. Кожа и подкожный жир развиты хорошо. Лягушечья физиономия еще более типично выражена. Шея отсутствует, и голова как бы насажена прямо на туловище. Недоразвитая часть затылочной кости почти соприкасается с неполной лобной костью, между коими остается незначительная щель для имеющихся зачатков мозговых оболочек. Сзади открыто наружу неправильно развитое наружное затылочное отверстие, переходящее в спинномозговой канал. Продольный распил черепа подтверждает полное отсутствие головного мозга и совершенное отсутствие обкладочных костей черепа. Поперечный распил позвоночника констатирует полное отсутствие спинного мозга при наличии спинномозговых оболочек и спинномозговых ганглий, отходящих от этих оболочек. Периферическая нервная система развита правильно. Со стороны внутренних органов никаких уклонений от нормы не наблюдается, только имеется слабое развитие надпочечников.

Чтобы понять аномалию этих двух случаев, представляющих собой редкие случаи аненцефалии—акрании, мы должны хотя бы кратко коснуться отдела эмбриологии центральной нервной системы и костей черепа. Известно, что мозг развивается из медуллярной трубки, которая потом расчленяется на первичные мозговые пузыри, при чем из заднего мозгового пузыря развиваются продолговатый мозг, червячек, полушарии мозжечка и Варолиев мост, из среднего мозгового пузыря—ножки мозга и четверохолмие, а из переднего мозгового пузыря – промежуточный мозг, шишковидная железа, зрительные бугры и оба полушария большого мозга. После развития этих частей начинается морфологическое обособление мозга. Больше всех растут полушария большого мозга, которые ввиде плаща покрывают остальные пузыри сверху и с боков, оставляя свободными только основание черепа. Одновременно с этим веретенообразные клетки стенок пузырей превращаются в ганглиозные клетки и нервные волокна, образуя серое и белое вещество головного мозга.

Параллельно с развитием мозга идет и развитие костно-черепной системы, которая делится на два отдела: 1) черепную капсулу, заключающую головной мозг и высшие органы чувств и 2) висцеральный скелет, образованный для опоры в стенке полости головной кишки.

Висцеральная часть черепа одновременно с позвоночником проделывает три стадии развития: перепончатый, хрящевой и костный. Хорда, служащая в области головы основою скелета, обрастает мезенхимой, а последняя разделяется на мозговые оболочки и наружный слой ткани, служащий основой для черепной капсулы и называющийся перепончатым примордиальным черепом, который потом целиком превращается в хрящевую коробку, облекающую мозговые пузыри. При этом процесс образования хряща сначала распространяется на основание черепа, затем на боковые стенки и под конец на покрышку примордиального черепа. Этот хрящевой висцеральный скелет вскоре подвергается окостенению и из него образуются кости основания черепа и боковых стенок, как-то: затылочная кость без чешуи, клиновидная кость, решетчатая кость, пирамида и сосцевидный отросток, слуховые косточки и тело под'язычной кости.

Второй отдел краниальной системы костного головного скелета дает путем последовательного окостенения ряд обкладочных или покровных костей, которые образуют лицевые кости и покровные кости черепа, а именно: чешую затылочной, теменные, лобные, чешую височной кости, внутреннюю пластинку крыловидного отростка клиновидной кости, небную кость, сошник, носовые, слезные, слуховые, верхнюю и нижнюю челюсти.

Рассматривая наших уродов, мы видим, что здесь мы имеем недоразвитие мозга и соединительнотканного перепончатого черепа при наличии основания черепа; при этом обкладочные кости черепа отсутствуют, а на лицо имеются кости примордиальные. Здесь мы имеем дело с полным отсутствием черепной покрышки и всего головного и спинного мозга, при этом дефект черепной покрышки идет параллельно с более или менее обширными дефектами и уродствами мозга. И чем больше дефект костной коробки, тем больше и дефект мозга, который проявляется ввиде экзенцефалии, гемицефалии или аненцефалии.

Наши случаи уродств относятся к тому классу уродств, которые имеют в основе своего происхождения незаращение верхнего конца медуллярной трубки, дающей начало черепу, мозгу и высшим органам чувств.

Такие плоды нежизнеспособны и рождаются или мацерированными, или только что умершими или же умирают вскоре после родов. Беременности при таких уродствах большей частью прекращаются преждевременно и осложняются во многих случаях многоводием. Слабые признаки жизни,

сердечной деятельности плода об'ясняются нервными волокнами, заложенными в самой сердечной мышце, благодаря чему возможна работа сердца без центральной нервной системы.

Для об'яснения этих форм уродств центральной нервной системы существует целый ряд учений и теорий, которые касаются этиологии всех видов уродств вообще и аненцефалии и акрании в частности. Рядом опытов доказано, что механическое повреждение яиц различных птиц и животных дает ту или другую форму уродства. *Лебедев* думает, что механические повреждения церебро-спинальной оси зародыша мешают развитию медуллярной трубки, и последняя не может превратиться в законченную трубку, что создает уродство нервной системы (механическая теория *Лебедева*).

Гертвиг рядом опытов на яйцах лягушек и птиц доказал, что при тератогенезе играет громадную роль совокупность причин и факторов термического, физического и химического характера, к коим присоединяются психические моменты. Он утверждает, что эти моменты вызывают судорожное сокращение матки и изменение циркуляции крови в пляценте, что с своей стороны влияет на кровообращение плода, а от неправильности питания получается уродство (психическая теория *Гертвига*).

Существует уже давно теория тератогенеза *Моргани*, которая теперь имеет уже только исторический интерес. Он об'яснял мозговые уродства зародышевой водянкой головного и спинного мозга между третьим и четвертым месяцами внутриутробной жизни, которая мешает окостенению черепа и способствует недоразвитию мозга (гидроцефалическая теория *Моргани*).

Отто, продолжая учение *Моргани*, смотрит на гидроцефалию, гемицефалию и аненцефалию, как на последующие этапы развития одного и того же страдания—одной и той же формы уродства.

Учение их вскоре было разбито *Дарестом*, который в основу мозговых уродств положил заболевание амниона, а именно: недоразвитие его головного колпака (capuchon cephalique).

Известно, что амнион защищает зародыш от давления со стороны стенок матки, от всяких ударов и сотрясений. В случае замыкания амниона зародыш окружен околоплодной жидкостью. Если амнион не замыкается, полость сообщается с окружающим пространством, которое может содержать жидкость иного химического состава, чем околоплодная, что ведет к возникновению уродства. Такого же мнения держится и наш соотечественник зоолог *Шимкевич*. Это учение потом расширили *Альфельд* и *Маршанд*, которые доказали, что на этой почве происходит срощение амниона с растущими одновременно эктодермальными поверхностями зародыша ввиде Симонартовских или амниотических тяжей и нитей, а это способствует развитию подобного рода уродств в черепе (теория заболевания амниона и его оболочек).

Придавая большое значение в вопросе уродств наследственности в смысле заболевания мужской и женской половой клетки, *Броман* в своей работе „Ontogenie und Teratologie“ рисует целый ряд патологических форм мужской и женской половой клетки, являющихся причиной многих форм уродств, причем он утверждает, что ряд инфекционных заболеваний и интоксикаций, влияющих на соки организма и изменяющих его гуморальные элементы, действует неблагоприятно на сперматогенез и ведет к развитию патологических особей с сильным уклонением от нормы и целым рядом вариантов.

Эта теория Бромана дышит современностью и включает в себя гуморально-ферментные элементы, связанные с системой желез внутренней секреции.

Этиология уродств.

I	ПРИЧИНЫ ВНЕШНИЕ:			II	ПРИЧИНЫ ВНУТРЕННИЕ:	
1	**Механические:**	а) травма, в) сотрясение, с) давление.	Механическое учение Лебедева.	1	Болезненное изменение зародышевых листков (зародышевая водянка).	Патологическое учение Morgagni.
2	**Термические:**	а) повышение t^0, в) лучистая теплота, с) электрический ток.		2	Недоразвитие amnion'a и его болезни.	Учение Dareste'a
3	**Химические:**	а) недостаток кислорода, в) лекарственное влияние (хлорал-гидрат, хинин, алкоголь).		3	Наследственность — Учение Broman'a.	
4	**Психические:**	а) нравственное потрясение, в) испуг, с) волнение	Учение Hertvig'a		а) **Заболевание мужской половой клетки:** гигантские сперматозоиды, сперматозоиды с одной головой, но с двумя и многими хвостами, сперматозоиды с двумя или несколькими головами, ненормальные атипические формы сперматозоидов. в) **Заболевание женской половой клетки:** яйцо с гигантским ядром, яйцо с двойными ядрами, атипическое развитие в виде неравномерного разделения субстанции идиозомы, вредное воздействие половой клетки.	

Кретинизм, микседема, гигантизм и акромегалия, зависят от расстройства функции щитовидной железы и гипофиза. Последние, влияя своими гормонами на морфологию роста и вызывая те или иные уродства после рождения, бесспорно оказывают влияние и тогда, когда зародыш находится еще в утробе матери.

Таковы разнохарактерные и разнообразные теории генеза различного рода уродств.

Преждевременное распознавание указанных форм уродств черепа очень затруднительно, так как эти аномалии редки и нет таких точных опознательных признаков и симптомов, которые дали-бы возможность поставить всегда диагноз в утробе матери. Вот почему, по словам *Винкеля*, большинство этих случаев распознается только после родов. Тем не менее *Альфельду* удалось диагносцировать один такой случай при нераскрытом еще зеве и тазовом предлежании плода. При наружном исследовании здесь большей частью удается установить какую-то неясную, неопределенную часть над входом в таз. Если мы имеем дело с гемицефалией, то выслушивается сердцебиение плода, и мать чувствует движение плода, как при нормальном здоровом младенце. При аненцефалии и акрании у нас при наружном исследовании большей частью не бывает и этих признаков. Рождаются чаще всего такие уроды в черепном, реже в ягодичном предлежании, при этом только легкие степени уродства дают черепные положения, если только можно, вообще, говорить о таковом при полном отсутствии черепной покрышки. Головка большей частью идет в разогнутом положении и чем сильнее степень дефекта черепа, тем резче выражено здесь разогнутое положение головы, и поэтому роды чаще всего при этих уродствах происходят в резко выраженном лицевом предлежании. Тем не менее даже внутреннее исследование здесь немного добавляет для своевременного распознавания этого рода уродств. Здесь обыкновенно предлежит личико с выпученными глазами, а выше личика во многих случаях удается прощупать отсутствие черепной крышки и мозга. Когда при гемицефалии предлежит основание черепа, опознавательным признаком по мнению *Шредера* является турецкое седло. *Попандопуло*, разбирая несколько случаев гемицефалии, бывших у него в практике, обращает внимание еще на один характерный признак при гемицефалии Он говорит, что здесь обыкновенно у внутреннего зева прощупываются губчатые массы свободно-лежащего мозга, и при более внимательном исследовании можно констатировать зубчатые кости основания черепа. Нажимая пальцами на мягкие губчатые массы недоразвитого мозга, получается под рукой ощущение судорожного тетанического сокращения внутриутробного плода.

Акушерское значение этих случаев уродств не велико. Уродливая голова обыкновенно не составляет препятствия для родов, но чрезмерное развитие плечиков и туловища может порой представить большие затруднения для акта родов после рождения головки, тем более, что предыдущая очень малая головка обыкновенно недостаточно подготавливает родовые пути для последующих значительно более об'емистых плечиков, и описываются случаи, когда нередко наблюдалось большое затруднение при выведении последующих плечиков и даже приходилось прибегать к последующему расщеплению ключиц для уменьшения окружного диаметра плечевого пояса, т. е. прибегнуть к акушерской операции клейдотомии.

Нельзя не остановить своего внимания на связи аненцефалии с тем или другим полом. Известно, что ряд авторов отмечает большинство уродств аненцефалии женского пола. На этот своеобразный факт обратил внимание еще давно *Моргани* в своем произведении „de sedibus et causis morborum“.

Это же наблюдение впоследствии подтвердили *Зандифорт, Земеринг* и *Агудио. Мерсиетти* нашел среди случаев анэнцефалии, которые он собрал в литературе 18 проц. мужского пола и 82 проц. женского пола. *Верф* на основании 3-х случаев личного наблюдения женской анэнцефалии задался вопросом о причинах своеобразного перевеса женского пола при открываемом уродстве. Он исходил из данных, уже установленных *Моргани* и впоследствии подтвержденных многими авторами, что при анэнцефалии кора надпочечников зачастую находится в состоянии гипоплязии. Эта морфологическая особенность соответствует, по всей вероятности, значительному понижению функций надпочечников. Уже с давних времен известна корреляция между надпочечниками и полом. Сюда относится гипертрофия надпочечников при беременности, далее их увеличение при псевдогермафродитизме и в особенности при супраренальном вирилизме, который характеризуется мужским голосом, волосатостью олиго—или аменорреей. Эта последняя аномалия иллюстрирует, как под влиянием гипертрофии коры надпочечников женский тип превращается в мужской. Эти обстоятельства привели *Жентиля* к гипотезе, что выпадение функции надпочечников находится в этиологической связи с перевесом женского пола при анэнцефалии. Отдаленные подтверждения своим гипотезам *Жентиль* и *Верф* находят в том, что женский псевдогермафродитизм при анэнцефалии бывает очень редко, в то время как мужской псевдогермафродитизм и недостаток яичек очень часто наблюдается. На этом основании *Жентиль* делает предположение, что дифференциация плода из индифферентных желез в яички или яичники происходит тогда, когда заложены уже надпочечники. Конечно, вопрос нуждается еще в дальнейшем изучении.

Изучение литературы и описанные нами случаи анэнцефалии—акрании заставляют нас придти к следующим выводам:

1. Всякий случай уродства плода требует всестороннего изучения не только анатома, гистолога и эмбриолога, но и клинициста.

2. За последние годы, судя по медицинской статистике русской и иностранной, случаи уродств участились, что, по всей вероятности, связано с переживаемой эпохой, когда участвуют почти все этиологические моменты, дающие повод к возникновению уродств.

3. Суммируя материал экспериментальной эмбриологии, общей патологии, учения желез с внутренней секрецией и наблюдения клинические, мы приходим к выводу, что в основе тератогенеза лежат травматические, химические и патологические моменты, в начальной своей стадии действующие на формы сперматогенеза и яйцо, затем на зачаток эмбриона и, наконец, на зародыш совместно с матерью. Во все время тератогенеза главная роль должна быть отведена тем тончайшим ферментно-химическим внутри-секреторным процессам, которые определяют характер наследственности половых клеток, во-вторых, определяют дальнейший рост эмбриона в целом, и тот или иной уклон в развитии его отдельных органов и систем, создавая тот или иной вид уродства.

4. Таинственные процессы эмбриональной жизни, вызывающие уродства черепа и головного мозга, дают постоянную закономерность и параллелизм между элементами примордиального и обкладочного скелета краниальной системы с одной стороны и между мозговой системой с другой стороны. Гемицефалия—дает гемикранию, анэнцефалия—дает акранию.

Считаю своим долгом выразить благодарность директору клиники профессору М. Л. Выдрину за руководство, профессору И. Т. Титову за указания, профессору С. И. Лебедкину за предоставление возможности работать в анатомическом театре, д-ру С. М. Лифшицу и М. С. Розов-

скому за сделанные рентгеновские снимки. Особую благодарность и признательность выражаю препаратору анатомического театра С. В. Пигулевскому за помощь при препаровке трупиков указанных уродов и при изготовлении гипсовых слепков.

ЛИТЕРАТУРА.

Швальбе. Die Morphologie der Missbildungenn. Zentralblat für Gynäkologie за 1923 г. **Ahlfeld.** Missbildungen des Menschen за 1882 г. **Corning** Lehrbuch der Entwicklungsgeschichfe des Menschen. **Hertwig**. Элементы эмбриологии. **Гусев**. Трудность распознавания Anencephalus. **Окинчиц**. К казуистике врожденных уродств. Журн. Акушерство и гинекол. за 1902 г. **Цапов**. К учению об уродствах головы. 1924 г. **Шимкевич**. Уродства и происхождение видов. 1906 г. **Папондопуло**. Случай hemicephalii. Журнал акуш. и гинекологии за 1914 г. **Ahlfeld**. Учебник акушерства. **Никифоров**. Патологическая анатомия. **Ашоф**. Патологическая анатомия. Врачебная газета за 1924 г. Журнал Гинекологии и Акушерства за 1924 г. **Поляков**. Основы гистологии и эмбриологии человека.

Случай предлежания последа и разрыва беременной матки.

(Из Наровлянской районной больницы, Мозырского округа).

Д-ра К. Гродзицкого.

Хотя в медицинской литературе, а особенно в русской, описано уже много случаев разрывов матки во время родов, а также и вне родовой деятельности, тем не менее, описываемый мною случай представляет некоторые особенности, проливающие свет на ту или иную причину разрывов, и я счел нужным опубликовать его в нашей белорусской медицинской печати.

История болезни такова: 20 ноября 1924 года на амбулаторный прием Наровлянской больницы явилась крестьянка с. Наровли М. К. 37 лет с жалобами, что она беременна на 9 месяце и что со вчерашнего дня у нее появились боли в животе и спине, и стала показываться кровь из половых частей. При опросе выяснилось, что два дня тому назад она ездила в деревню за 25 верст отсюда, сильно растряслась и что, повидимому, от этой поездки все и приключилось. При осмотре живота дно матки определено на 4 пальца ниже мечевидного отростка, резко-выраженные striae gravidarum, положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа, ясно определяется при согнутых коленях баллотирующая головка. Сердцебиение плода отчетливо выслушивается ниже пупка и влево от средней линии. При внутреннем исследовании: плотная мясистая шейка с надрывами, наружный зев чуть-чуть пропускает кончик пальца, своды как бы уплощены и между головкою и исследующим пальцем неясно определяется слой мягкой ткани, на основании чего предположена placenta praevia, и дан совет роженице оставаться в больнице. Роженица уложена в постель, назначено Extr. Viburnii prunif fluid и T. Opii simp. К вечеру боли стихли, и кровотечение постепенно прекратилось В течение пяти дней больная чувствовала себя хорошо, пробовала ходить и просилась выписать ее домой.

Я позволю себе сказать несколько слов о ее прошлом. Больная беременна 9-ый раз, перенесла три тяжелых выкидыша на 2-ом, 4-ом и 3 месяцах, причем последний выкидыш проводил я сам, сделав выскабливание оставшихся кусков последа. Остальные беременности протекали гладко, рожала она быстро и легко и только всегда болела после выкидышей, особенно после второго, пролежав в больнице 6 недель, в течение которых она имела „горячку“ и шли гнойные выделения. После третьего выкидыша она лихорадила около недели. Последние mensls были приблизительно 8-10 марта, следовательно, надо было ожидать родов к 15-17 декабря 1924 г., что подтверждает и сама больная. Размеры таза: d. spinarum—25, d. trochanter.—30,5 conjugata externa—20. Вечером 25 сентября я видел М. К—н спокойно разгуливающей по палате. В ту же ночь у нее начались сильные родовые боли, а затем появилось сначала небольшое, а затем все усиливающееся кровотечение; дежурный лекпом

послал за акушеркою, которая при исследовании определила раскрытие зева на 3 пальца и центральное предлежание последа. С целью уменьшить кровотечение, она прорвала послед и послала сейчас же за мною. Не прошло и часу, как я уже был в больнице, причем оказалось, что за этот короткий промежуток с роженицей произошло нечто странное. После разрыва последа отошли воды, кровотечение прекратилось, но на высоте одной из схваток роженица вскрикнула, что у нее что-то „лопнуло" в средине, появилось опять кровотечение, обморочное состояние и двукратная рвота. При первом взгляде бросилась в глаза резкая бледность, заострившиеся черты лица, очень частое дыхание, пульс более 120; при осмотре живота резкое изменение формы матки, которая всей массой отошла влево, а с правой стороны на уровне пупка под истонченной брюшной стенкою прощупывалась часть плода, повидимому, ножка. При внутреннем исследовании: полное раскрытие зева и свободно баллотирующая головка ощупывалась через отверстие последа. Поставлен диагноз—разрыв матки; роженице об'яснена вся серьезность ее положения и предложено чревосечение; она просила позвать мужа, за которым послали больничного служителя. Так как время уходило, кровотечение из половых частей продолжалось, то был сделан поворот на ножку с целью уменьшить об'ем матки и, тем самым, ограничить кровотечение из места прикрепления последа. Матка была в состоянии расслабления, поворот произведен чрезвычайно осторожно, без малейшего форсирования и вся операция произошла очень легко и быстро; извлечен мертвый младенец мужского пола, небольшой величины. За плодом сейчас же вышел послед большой величины, мясистый, с дыркою почти у самого центра, влево от пуповины, так что большая часть его прикреплялась к правой стороне матки.

Состояние родильницы, несмотря на прекращение наружного кровотечения и хорошее сокращение матки, оставалось прежним, и так как мужа ее не застали дома (уехал в лес), я решил делать чревосечение, основываясь только на ее согласии.

Операция. Наркоз-хлороформенный, разрез по белой линии на 3 пальца выше пупка, книзу—не доходя на 4 пальца до лобка. При вскрытии брюшины обнаружена рыхлая спайка с сальником, сальник отодвинут кверху и в разрез выведена хорошо сократившаяся матка: на передней ее поверхности, на 3-4 пальца ниже дна, неровный косой разрыв всей толщи, длиною в 3 вершка, переходящий в широкую связку и нижний сегмент матки вправо; бьющих струей сосудов не обнаружено. Наложен двойной кетгутовый шов, причем, когда накладывался шов только на матку у шейки, шов, взятый близко к краю, прорезался, как через старую резину, почему эта часть ткани была продольно срезана, потом зашита матка, а затем широкая связка. Матка обмыта солевыми салфетками, введена в полость живота. Значительное количество крови в отлогих местах брюшной полости отсосано марлевыми салфетками, расправлен сальник, и брюшная полость зашита наглухо обычным 3-х этажным швом. Оперирована на простом столовом столе, примитивным инструментарием, при наличии ассистентуры лекпомов и акушерки. Хлороформа употреблено 40 куб. сант.

Пульс во время операции улучшился, дыхание спокойное—t° 35,2. Влито 600 куб. с. физиологического раствора, впрыснуты эрготин и камфора, больная обложена грелками и уложена в постель.

Послеоперационное течение. 26 сентября вечером t° 35,6, пульс—108, язык влажный, рвоты не было.

27 сентября—ночь провела спокойно, рвоты не было, язык влажный, некоторое вздутие живота, газы не отходили t° 36,0, пульс—104;

вечером—36,6—пульс 108, назначено—Extr. belladonnae по 0,03—3 раза в день.

28 сентября ночью однократная рвота, вышел глист, вздутие порядочное, пульс 108, t° 36,6—слышно урчание, язык влажный; вечером пульс 112, t° 36,6—была опять рвота.

29 сентября ночью отходило много газов, рвоты не было, t°37,5, пульс 116; вечером t°38,0, пульс 120, среднего наполнения, язык суховат. Влито 300 куб. сант. солевого раствора.

30 сентября сделана масляная клизма с теплой водой, был каловый стул, отошло много газов, при дефекации боли над лобком, из влагалища гнойные зловонные выделения, t° вечер. 38,0, пульс 116.

2 декабря idem. 3 декабря сняты швы—prima intentio, из влагалища гнойные зловонные выделения, иногда боли в животе, t°37,5° утром, 38,5° вечером, пульс от 108—120.

6 декабря при исследовании per vaginam—раскрытая шейка, пропускающая свободно палец, дно матки на 2 пальца ниже пупка, по средней линии по направлению книзу прощупывается продолговатый, плотный и болезненный инфильтрат, в сводах ничего нет. Температура давала прежние небольшие размахи, больная стала лучше питаться, выделения из влагалища прежнего характера, но с меньшим зловонием.

10 декабря ночью ниже пупка прорвался гной, рана раскрыта, удалены три узловых шва на мышцах, вставлен тампон--температура немного пала, из vagin'ы отделений меньше, нет зловония, справа приблизительно, в области шва на матке, незначительный инфильтрат.

20 декабря рана брюшная стала подживать, выделений из vagin'ы мало, t° в норме.

25 декабря остался небольшой свищ.

29 декабря температура поднялась опять, и появилась припухлость ниже свища; по зонду проникли до дна и вскрыли полость, удалены опять два шва на мышцах.

6 января 1925 г. рана вяло гранулирует, t° в норме, пульс 92--96, аппетит хороший, пробовала сама садиться.

25 января рана затянулась звездчатым рубцом, брюшные стенки мягки неболезнены, матка сократилась и как будто над лобком припаяна к передней стенке, выделения из vagin'ы чистые, шейка закрыта.

В дальнейшем течении заметно улучшение общего состояния. Так как домашние условия были чрезвычайно скверны в гигиеническом и материальном отношении, она пробыла еще месяц в больнице. 20 февраля выписалась совершенно здоровой, иногда после дефекации появляются боли по ходу толстых кишек. Больной изготовлен бандаж с приказанием носить целый год и воздерживаться от тяжелой работы.

Описываемый мною случай является редким по своей комбинации; наличия одновременно двух таких тяжелых патологических форм; в литературе, располагаемой мною, я не встречал. У Мироновой (журнал акуш. и женск. болезн. за 1925 г.) при обзоре случаев разрывов матки во время родов приводится 2 случая—предлежания последа и поперечного положения плода.

Однако, разрывы матки произошли насильственно при поворотах на ножку. Что при разрывах матки поворот противопоказан, это ясно; ясно также, что при предварительном повороте и опорожнении матки в моем случае мог увеличиться уже случившийся разрыв, тем не менее такой образ действий имел свое оправдание. С одной стороны кровотечение

внутреннее из места разрыва в полость брюшины, а с другой-из места прикрепления последа наружу, тем более, что отошедшая кверху головка не тампонировала более своим прижатием сосудов. Поэтому из двух зол пришлось выбрать меньшее, т. е. вместо кровотечения, при расслаблении матки из двух источников, предпочесть поворот на ножку. Причем еще подчеркиваю, что поворот был сделан очень осторожно и операция выполнилась совершенно легко. Кроме того, не имея надобности извлекать младенца через разрыв в брюшную полость, мы тем самым ограничили возможность поступления инфекции из полости матки. Классическая картина угрожающих разрывов, нарисованная Bandl'ем в его монографии 1875 г., совершенно отсутствовала в приводимом мною случае. Отрицая всякое предрасположение маточной стенки к разрыву, истинную причину разрывов он видит в особой структуре маточной мускулатуры, различая в ней два отдела: верхний активный и нижний пассивный, и в перевесе активного отдела над пассивным; другим непременным условием он считает несоответствие между тазом и головкою плода, следовательно, в препятствии к поступлению головки. Анатомо-гистологические исследования Н. Иванова доказали истинную структуру маточной стенки и систему расположения волокон, а в своей работе „О самопроизвольном разрыве матки при затянувшихся родах и об отсутствии при этом сложной механики“ Я. Вербов, очень подробно останавливаясь на случаях Bandl'я и случаях разрывов, приводимых им же, приходит к заключению, что разрывы матки происходят благодаря хрупкости ткани матки и функциональной ее недостаточности. Предшествующие роды, целый ряд болезненных процессов маточной стенки с дегенеративным изменением мышечных волокон и заменою эластической ткани недеятельной соединительной тканью—все это является, по его мнению, причиной той или иной степени хрупкости маточной стенки. Описываемый мною случай служит ярким опровержением взглядов Banld'а и подтверждением положений Вербова. Здесь отсутствует продолжительная родовая деятельность и несоответствие головки и входа в таз; наоборот, имеется на лицо хороший таз, в анамнезе легкие и быстрые роды, но главное — в прошлом три выкидыша, из коих второй и третий были септическими. Перенесенная больной инфекция не могла не отразиться на маточной стенке, там произошли те или иные дегенеративные процессы, которые сделали маточную стенку хрупкой, легко поддающейся разрыву и достаточно было незначительного повышения внутриматочного давления, чтобы мышечная ткань стала расползаться и произошел разрыв. Как я указывал в истории болезни, что во время операции был участок маточной стенки, через который кетгут прорезался, как через старую резину. Участок был продольно срезан, и к сожалению, я не мог подвергнуть микроскопическому исследованию. Последнее обстоятельство несколько умаляет наши предположения относительно причины разрыва.

Я хочу еще остановиться на процессе прорастания хориальным эпителием маточной стенки. Такое прорастание маточной стенки может быть предрасполагающей причиною разрывов, где сильно истонченная стенка матки под влиянием даже незначительной родовой деятельности подвергается расползанию и разрыву. Впервые на этот процесс усиленного прорастания маточной стенки указал Mayer, а Улезко-Строгинова, подробно изучая процесс прорастания хориальными клетками стенок трубы при эктопической беременности, доказала в этом процессе сущность разрывов плодовместилица. Ф. Абрамович и Г. Шор в своей работе „Случай внутри-брюшинного кровотечения из беременной матки“ описывают явления кровотечения в брюшную полость внеродовой деятельности и, вообще без какой либо предшествовавшей незначительной травмы. Кровотечение произошло ночью во время сна. Экстирпированная

матка была подвергнута тщательному микроскопическому исследованию, причем оказалась картина глубокого прорастания маточной стенки хориальным эпителием, в том числе и подбрюшинная тонкая стенка одной из вен оказалась также проросшей клетками хориального типа. Насколько такой процесс играл роль в нашем случае, затрудняюсь высказаться; одно отмечу, что нижняя половина разрыва представлялась довольно истонченной, а поэтому можно предположить, что это была уже область прикрепления последа; отсюда тогда и понятно, почему разрыв произошел с правой, а не с левой стороны. На основании одного случая не позволю себе делать те или иные выводы, но полагаю, что об'ективное сообщение о тех или иных редких клинических явлениях обязательно для всякого врача, тем более работающего в сельской обстановке.

В заключение приношу благодарность доктору медицины Ф. В. Абрамовичу за ценные указания в работе.

Боль под ложечкой и болевые точки в дифференциальной диагностике аппендицита.

Д-р. Н. Т. Петров.

Витебск, Рабочая б-ца им. Калинина.

Весной прошлого года заведующим хирургическим отделением Витебской Городской больницы было мне поручено разработать вопрос о значении болевых точек и боли под ложечкой в дифференциальной диагностике аппендицита.

Меня в этом вопросе, главным образом, заинтересовало соответствие между положением отростка, его патолого-анатомическими изменениями, обнаруживаемыми при операции, и клиническими данными, особенно наличием тех или других болевых точек. К сожалению, мне удалось проследить только 12 случаев аппендектомий из-за недостатка времени (большую часть которого я должен был посвятить амбулатории), поэтому настоящий доклад является предварительным сообщением, освещающим вопрос больше с теоретической стороны. В дальнейшем, если позволят время и обстоятельства, я постараюсь представить уважаемому собранию результаты наблюдений над болевыми точками в том направлении, о котором я упоминал выше.

Вопрос об аппендиците вечно новый и вечно старый. Достаточно сказать, что работ по этому вопросу насчитывается больше 4.000 (по Разумовскому). Такое количество говорит нам о том, что все-таки в данном вопросе еще встречаются многие неясности, которые приковывают к себе внимание клиницистов и по настоящее время. И действительно, если мы коснемся дифференциальной диагностики аппендицита, которая представлена на прилагаемой таблице, то вы увидите всю сложность и многообразие клинических форм различных заболеваний, которые зачастую вводят в заблуждение врача-практика. Хотя бы случаи аппендицита, протекающие скрыто, так называемые appendicitis larvata Evald'a, случаи, когда жалобы больного заставляют думать врача о чем угодно, только не об аппендиците. Или возьму для примера некоторые из сходных заболеваний: почечные колики. Casper упоминает о болях в точке Mac Burney'я, когда причина крылась в камне мочеточника и, наоборот, наблюдались случаи иррадиации болей в правое яичко и расстройство мочеиспускания при аппендиците.

Montagne L. Boyd описывает случай правостороннего мочеточникового камня, симулировавшего острый аппендицит. При операции обнаружен здоровый отросток. Цистоскопия через две недели после операции обнаружила камешек в мочевом пузыре, проскользнувший из правого мочеточника, т. к. устье его было окружено точечными кровоизлияниями. Finocchiaro, напр., описывает два случая мочевых расстройств, которые за несколько дней предшествовали симптомам аппендицита и послужили причиной для диагностической ошибки. Моча ничего патологического не показала, в то время как наблюдалась полная клиническая картина пораже-

ния мочевого пузыря. Цистальгия, сопровождавшаяся пузырными тенезмами с болями при мочеиспускании, и только несколько дней спустя пузырный симптомокомплекс сменился характерными припадками аппендицита. В обоих случаях Finocchiaro произошло прободение червеобразного отростка не в полость брюшины, как обычно, а внебрюшинно, у пузыря, поэтому и появились вначале рефлекторные пузырные расстройства вследствие анастомозов между подчревными, почечными и пузырными сплетениями симпатического нерва.

Возьму другой пример—диплококковый перитонит. Salzer (Vien) на 41-м с'езде Германского Хирургического Общества описывает клиническую картину диплококкового перитонита, встречающегося чаще у девочек: острое начало с резким упадком сил, цианозом, поносом, рвотой при несоответственно-малых местных явлениях со стороны брюшной стенки. Такой перитонит, по его словам, надо лечить выжидательно. Spitzy (Graz) и Sprengel (Braunschvieg) напротив, не считают возможным клинически отличить начинающийся диплококковый перитонит от аппендицита и предпочитают, поэтому, раннюю операцию.

Французский хирург Delageniere наблюдал не раз особую форму хронического аппендицита с астматическими припадками. Припадки бронхиального удушья бывают столь сильными, что стоят на первом плане болезни, иногда маскируя аппендицит, который определяется только после тщательного исследования. Связь этих припадков удушья была доказана Delagerier'ом в одном случае тем, что во время операции под общим наркозом при потягивании за отросток ему удалось вызвать сильнейший астматический приступ.

Лямбрет описывает случай связи аппендицита с припадками падучей. Эпилептическим припадкам предшествовала aura, исходившая из области слепой кишки: пациент начинал ощущать боль в правой повздошной области, хватался за нее руками, лицо краснело и начинались судороги. Проф. *Алексинский* описывает II случаев сочетания аппендикса и желчного пузыря. Об'яснение этому автор дает следующее: вначале развивается процесс в отростке, образуются язвы, и тогда током крови мелкие тромбы заносятся в печень. Если вирулентность бактерий слабая, то развивается скрытый воспалительный процесс. Измененная, благодаря этому, в своих свойствах желчь вместе с бактериями попадает в желчный пузырь и получается холецисцит. В подобных случаях диагностика чрезвычайно трудна. Положение coeci также может симулировать аппендицит. *Вильмс, Ларденуа, Греков* утверждают, что подвижная слепая кишка часто дает клиническую картину аппендицита. *Дэлор и Алламартэн* в 1912 году указывали, что часто у больных, оперированных по поводу неясных страданий желудочно-кишечного тракта, обнаружены изменения в слепой восходящей кишке, но не аппендикса, по поводу которого предпринималась операция.

Проф. *Поленов* указывает, что птоз всего проксимального отдела толстых кишек или частичные, изолированные птозы дают картину, сходную с хроническим аппендицитом и поэтому всеоб'емлющий, говорит он, и все еще чрезмерно широко распространенный диагноз аппендицита должен устанавливаться с большой осмотрительностью в смысле дифференцирования весьма сходных, не идентичных, как оказывается клинических картин болезни.

Наконец, на 25-м с'езде французских хирургов *Вальтер* описывает аппендицит слева, когда в двух случаях при болях на правой стороне слепая кишка с пораженным придатком оказалась слева, в третьем случае слепой кишки совсем не было, но червеобразный отросток находился слева.

Баумгартнер и Кацин на том же с'езде описывают каждый по одному случаю аппендицита слева.

Я брал наиболее интересные случаи в смысле дифференцирования, так как подробное рассмотрение всех возможностей не входит в мою задачу, но и этот краткий перечень с очевидностью показывает подчас необычайные трудности в диагностировании аппендицита.

С другой стороны, при дифференциальной диагностике нам может помочь и этиология аппендицита, разнообразие которой представлено на таблице II.

По более поздним же воззрениям, в этиологии аппендицита господствуют три взгляда: одни видят причину аппендицита в механическом раздражении или повреждении отростка застойными, каловыми массами, другие считают аппендицит метастатическим, эмболически-гематогенным заболеванием на подобие бородавчатого эндокардита при суставном ревматизме, наконец, третьи полагают, что аппендицит представляет заболевание sui generis, подобное дифтерии или тонзиллярной ангине. Хотя ни одна из теорий окончательно не доказана, но на основании литературных данных последняя теория представляется более вероятной (Oberndorfer). Новейшие гистологические исследования показали, что свежие случаи аппендицита почти всегда начинаются с точечных кровоизлияний в слизистой, в последующих дефектах эпителия и в разрастании соединительной ткани. Проф. Sahli называет аппендицит ангиной червеобразного отростка, а Lanz утверждает, что каждый из нас проделал аппендицит, как и ангину, но только болезнь ограничивалась одной слизистой оболочкой в виде эндоаппендицита и остается нераспознанной. И только когда в процесс вовлекается серозная оболочка, наступает периаппендицит, тогда болезнь распознается, как таковая.

Как на казуистические случаи аппендицита в смысле этиологии, надо указать на ретенционные кисты аппендикса (проф. *Спижарный*); в одном случае, описанном *Мочаловым*, наблюдалась киста, сидящая на coecum, и уже от нее отходил отросток. Как на единичный в литературе случай происхождения аппендицита, вследствие слизистого полипа, надо указать на случай Vogel'я.

Таким образом, сопоставляя с одной стороны разнообразность этиологических моментов аппендицита, с другой обилие сходных клинических форм, мы видим, как врач-практик, работающий особенно не при клинических условиях, ставится в затруднительное положение.

Переходя к диагностике аппендицита, я не буду описывать картину острого периода и межуточного стадия, которые всем хорошо известны. Я перейду сразу к тем диагностическим вспомогательным приемам и признакам, которые в совокупности с клиническими наблюдениями позволяют нам остановиться на той или другой форме заболевания.

Среди методов исследования аппендицита, кроме пальпации, о которой речь впереди, можно отметить метод измерения вязкости крови которая при аппендиците резко повышается и больше при наличности эксудата, нежели в отсутствии его, хотя надо заметить, что вязкость крови больше указывает на поражение брюшины, чем отростка; другим вспомогательным средством служит измерение лейкоцитоза и передвижения нейтрофильной картины крови (АРНЕТ'овское учение), преимущественно при острых аппендицитах, просвечивание рентгеновскими лучами—также один из приемов для диагностирования аппендицита.

Что касается пальпации, стоящей в диагностировании аппендицита на первом месте, то она, как способ физической диагностики, долго оставалась не разработанной. Во второй половине XIX века самые знаменитые клиницисты очень мало были сведущи в деле пальпатарной диаг-

ностики. Glènard и *Образцов* первые разработали пальпацию[1]), причем толчком к этому послужила подвижная почка, изученная особенно *Боткиным* и многими иностранными клиницистами. *Гаусман*, занимаясь по примеру *Образцова*, разработал метод „топографической глубокой скользящей пальпации". Глубокая пальпация требует, чтобы верхушки согнутых пальцев погружались вглубь во время расслабления брюшного пресса, наступающего при выдохе. Скользящая пальпация заключается в скользящих движениях пальцев в поперечном направлении к оси прощупываемого отрезка желудочно-кишечного канала. Прощупывание червеобразного отростка производится непосредственно после исследования coecum, причем по совету проф. *Орловского* необходимо больному согнуть ногу для напряжения мышцы ileo-psoas, и тогда червеобразный отросток прощупывается лучше на сокращенной мышце, как на плотной подставке.

Симптомы, добываемые пальпацией при аппендиците, следующие: прощупывание самого отростка, defence musculaire в правой повздошной ямке, симптомы Rovsing'a, Blumberg'a, *Волковича*, наконец, боль под ложечкой и болевые точки Robert'a Morris, Kümenell'я, Monro, Mac-Burney'я, Lanz, Sonnenburg'a, Lenzmann'a, описание которых и значение их в диагностике и служит темой настоящего сообщения.

Прием Rovsing'a, открытый им в 1907 году и наделавший много шума, состоит в том, что левую руку кладут на *левую кишечную область и, надавливая на* кишечник, правой рукой передвигают левую против перистальтики по толстым кишкам, тогда газы, выдавливаемые рукой, ударяются в Баугиниеву заслонку, растягивают coecum и вызывают при наличии аппендицита боль. При сильном вздутии кишек или их катаральном состоянии Баугиниеву заслонка ослабевает, и симптом не получается. Некоторые наблюдатели изредка находили этот симптом при аппендиците, другие же, как, например, *Фюрстер*, находил его при саркоме почки. Этот симптом скорее указывает на страдания в правой половине живота[1]).

Симптом *Блюмберга*, так назыв. Zurückshnellungsphä nomen состоит в том, что рукой производят давление на кишки, затем быстро отнимают, в случае аппендицита появляется резкая боль при отнятии руки, так как кишка ударяется в воспаленную пристеночную брюшину. Если имеются сращения вокруг отростка, то симптом не получается.

Симптом *Волковича*, описанный им в 1911 году под названием „мышечного признака хронического аппендицита", заключается в расслаблении мышц живота правой стороны, в их большой мягкости и в уменьшении об'ема по сравнению с левой стороной.

Прежде чем перейти к описанию болевых точек, я остановлюсь несколько на анатомии расположения червеобразного отростка, так как последняя имеет тесную связь с болевыми точками.

На таблице 3 изображено различное местоположение аппендикса. Отросток в 50 проц. всех случаев находится внутри от coecum. Топография слепой кишки изучалась *Ростовцевым*, *Таренецким*, *Турнером*, Freve, Valèe и др. авторами. Расположение coecum под печенью (Fovler), перевернутое положение (вершиной вверх—Kurschmann'a), расположение слепой кишки подле селезенки в левом подреберьи (Lenander'a) и много других отклонений описано многими авторами.

Позднейшие исследования при кафедре проф. *Шевкуненко* прив. доц. *Лисицыным* на 104 трупах пытаются установить не толко типы вариантов coeci, фиксирующего аппарата последней, тип впадений ilei, типы Баугиниевой заслонки, но и те факторы, влияние которых оказывается на анатомических и топографических особенностях coeci и аппендикса. Кро-

воснабжение отросток получает от ramus ileo-colicus art. mesenterialis superior, эта arteria appendicularis проходит по свободному краю брыжжейки отростка. Нервами отросток снабжается из верхнего мезентериального сплетения симпатического нерва. Сначала нервы идут с сосудами и окружают их, как бы сетчатым влагалищем, затем они покидают сосуды и направляются к брыжжеечному краю кишки, образуя два сплетения; plexus mesentericus Auerbach'а между круговой и продольной мускулатурой и plexus Submucosus Meissner'а в подслизистой соединительной ткани. Оба сплетения анастомозируют друг с другом. Кроме того, nervus vagus своими веточками снабжает через сплетение слепой кишки и самый отросток. Вышеупомянутое plexus mesentericuc superior симпатического нерва, имеющее анастомозы с ветками n. vagus'а, в свою очередь, зависит от солнечного сплетения, образованного из соединения двух нервов: splanchnicus'а с n. vagus'om, несколькими ветвями малого n. Splanchnicus et phrenicus'а. Солнечное сплетение имеет связь с грудным симпатическим сплетением через nervus splanchnicus, который, как известно, берет начала от 4, 5, 6, 7, ганглиев главного ствола грудного симпатического сплетения. Эти же самые ганглии имеют связь с межреберными нервами, которые, в свою очередь, анастомозируют с задними чувствительными корешками спинного мозга. Как vagus, так и nervus splanchnicus заключают в себе секреторные, двигательные и вазомоторные волокна, которые в этих нервах находятся в функциональном антагонизме по отношению друг и другу. Раздражение n. splanchnicus'а задерживает перистальтику кишок и вызывает с'ужение сосудов, раздражение n. vagus'а усиливает перистальтику и вызывает расширение сосудов. Последнее положение подтвердил своими исследованиями Kolliker. Надо сказать, что симпатическая нервная система имеет теснейшее соединение со спинальной нервной системой. Работами *Догеля и Фишера* доказано, что спинальные нервы на всем протяжении, равно как и задние корешки спинного мозга, помимо двигательных и чувствительных волокон, имеют симпатические пути и даже целые сплетения.

С другой стороны известно, что симпатическая нервная система непрерывна в интиме сосудов, кроме того, оказывается, что вазомоторы сосудов отходят иногда не от симпатических стволов, а от спинномозговых нервов. Таким образом, сосудистая нервная система получает свое происхождение, как от центральной, так и симпатической нервной системы и тонус сосудов зависит, повидимому, от деятельности обеих систем—спинальной и симпатической и поэтому нарушения в одной из них не могут не отразиться на функциях другой. Наряду с этим признается, что сосудо-двигательные центры symphaticus'а едва ли самостоятельны, так как они находятся в зависимости от сосудистых центров высшего порядка, т. е. располагающихся в головном и спинном мозгу.

Тоже относится и к железистому аппарату, его секреторной деятельности, а равно и по отношению к гладкой мускулатуре. „Первичные" центры помещаются в symphaticus'е, а „вторичные" (высшие) в центральной. Таково современное учение о зависимости симпатической нервной системы от центральной. Я несколько подробнее остановился на иннервации кишечника, его сосудо-двигательных, секреторных функциях, так как при описании в дальнейшем болевых точек и болей под ложечкой, эта анатомическая картина даст нам ответы на многие вопросы.

Боль под ложечкой аппендикулярного происхождения, зачастую наблюдаемая у больных после еды особенно сильная, совершенно не зависит даже от глубокой пальпации epigastri'я. Больные бывают удивлены, когда, приходя к врачу с жалобами на боль под ложечкой, испытывают типичную боль при давлении в точке Mac-Burney'я. Soliéri после много-

летних исследований подложечной боли при аппендиците и изучения патолого-анатомической картины при этом различает три типа подложечных болей: первый—когда среди прекрасного самочувствия появляется вдруг резкая боль в одной точке под ложечкой, которая затем распространяется по всему животу и сосредоточивается, главным образом, в правой подвздошной ямке. Патолого-анатомически в этом случае мы находим отросток, резко увеличенный в об'еме гиперемированный и изогнутый в сторону брыжжейки. Это верный признак флегмонозного аппендицита. Чаще всего он встречается в первые 24 часа, иногда в отростке имеется один или несколько камней. Когда же в первые 24 часа обнаруживался некроз отростка, с перитифлитом и нагноением брыжжейки, явлениями острого или местного перитонита, то болей под ложечкой найти не удавалось, ввиду того, что флегмонозное состояние отростка уступало место перитониту, признаки которого всегда превалируют. Второй тип—когда при наличии предшествующих припадков аппендицита появляется подложечная боль или приступами или более продолжительная и сопровождается диспептическими явлениями. Анатомическая картина выражается тогда в присутствии камней, рубцов, частичных облитераций, дивертикул, которые вызывают застой кала, секреции и продуктов воспаления.

Наконец, третий тип—когда иногда без предшествующих припадков появляется боль под ложечкой более или менее продолжительная, сопровождающаяся общим упадком сил и упорными запорами. В этом случае анатомическая картина выражается в исключительной длине отростка, аномалии в его направлении и в необыкновенной длине брыжжейки.

Оперируя аппендицит под спинномозговой анестезией, Solièri наблюдал у интеллигентных больных следующий интересный факт, что все манипуляции были безболезненны, как-то: разрез кожи, апоневроза, раздвигание мышц и т. д., но как только отросток сжимался между пальцами или производилось потягивание за отросток или coecum, появлялась типичная подложечная боль. Как только перерезали брыжжейку, то ни сдавливание, ни потягивание за отросток было безболезненно, и эта процедура не вызывала болей под ложечкой. Наблюдение Fovler'а и Bocon'а подтверждает этот факт. Ленандер же утверждает, что ни отросток здоровый или больной, и все другие внутренние органы, снабженные только симпатическим нервом, совершенно безболезненны, Sprengel, сжимая отросток пинцетом Кохера, также не получал боли и всякую чувствительность он относит к париетальной брюшине. Против этого возражает Francini, который вполне резонно говорит, что если-бы боль под ложечкой была перитонеального происхождения, то она наблюдалась-бы в месте раздражения брюшины, а не под ложечкой.

Таким образом, проще всего боль под ложечкой отнести к рефлексу в желудке. Почему же именно в желудке дает нам об'яснение вышеупомянутое описание иннервации отростка. Nervus vagus снабжает желудок вазомоторными двигательными и секреторными волокнами. Это подтверждено опытами Panum и Pincus'ом, которые после перерезки веточек n. vagus'а получали гиперемию слизистой оболочки. Arthaud и Butte после такой же перерезки получали развивающееся воспаление слизистой. С другой стороны, мы видели анастомозы n. vagus'а с симпатической нервной системой и задними чувствительными корешками спинного мозга.

Двигательные, секреторные и сосудистые расстройства желудка, вызванные рефлексом со стороны n. vagus'а [1]), вызывают боль под ложечкой. Эти расстройства на почве нарушения секреторных и вазомоторных функций кишечника могут вызвать хронический рецидивирующий аппен

дицит. Следовательно и обратно, аппендицит путем рефлекса может вызвать двигательные или секреторные расстройства желудка, сопровождаемые болями.

Из всех этих рассуждений можно заключить, что боль под ложечкой аппендикулярного происхождения, как рефлекторное явление, является результатом острого или хронического раздражения блуждающего нерва, вследствие воспаления или травмы нервных окончаний червеобразного отростка.

Переходя к описанию болевых точек, я прежде всего остановлюсь на точке открытой Mac—Burney'ем. Эта точка располагается как раз на середине линии, соединяющей пупок и верхне-переднюю ость повздошной кости. Автор советует искать ее одним пальцем, что согласно требованиям пальпации, выработанной *Образцовым* и *Гаусманом*, не правильно. Рука должна быть теплой и нежной и все исследование начинается с левой половины живота с остановками на подложечной области и области желчного пузыря; по мере приближения к точке Mac-Burney'я при наличии аппендицита больной начинает ощущать беспокойство, дыхание делается учащенным, зрачки иногда расширяются, пульс может ускориться. *Лenандер* дает об'яснение точке Mac-Burney'я такое, что сосуды, отводящие лимфу от слепой кишки, скопляются на задней стенке живота приблизительно на середине между пупком и передне-верхней остью повздошной кости, и развивающийся здесь лимфаденит служит причиною боли. Guinard несколько иначе об'ясняет болезненность точки Mac-Burney'я; анатомически данная точка соответствует не местонахождению самого аппендикса, а углу между повздошной и слепой кишкой, где помещаются лимфатические железы брыжжейки аппендикса, и где бы ни помещался аппендикс, но боль будет в месте расположения желез, как это наблюдается, напр. в паху при лимфангоитах пальца ноги. Попутно я упомяну о гиперестезии кожи, открытой Dieulafoy, получаемой после некоторого трения пальцем. Эта гиперестезия, повидимому, обязана резкому сокращению мускульного участка брюшной стенки впереди точки Mac-Burney'я и давлению, таким образом, на вышеупомянутые железы.

Болезненная точка, открытая Робертом Морри из Нью-Иорка, располагается на линии, соединяющей пупок с верхней передней осью выше точки Mac-Burney'я на 6 пальцев или на полтора пальца ниже пупка. Эта точка соответствует расположению поясничных ганглиев Sympaticus'а.

Точка Morris имеет большое значение в дифференциальной диагностике, так как если она наблюдается и справа и слева от пупка, то это указывает на какое-либо заболевание в малом тазу, если точка обнаруживается только справа, то указывает на наличие аппендицита. Наконец, если боли не ощущаются ни справа, ни слева, то значит болезнь не относится ни к малому тазу, ни к отростку.

Точка Kümell'я, открытая в 1911 году, находится на два пальца от пупка книзу по той же линии. Эта точка наблюдается только справа и она почти совпадает с точкой Robert'а Morris. Фактически зачастую боль обнаруживается ниже точки Mac-Burney'я. Здесь нужно упомянуть о точке Lanz'а, которая помещается на линии, соединяющей обе передне-верхние ости повздошных костей, на месте соединения средней трети ее с правой. Ланц утверждает, что его точка всегда строго соответствует месту отхождения отростка. По Monro начало червеобразного отростка находится на месте пересечения остопупочной линии с наружным краем правой прямой мышцы живота. Точка Sonneuburg'а, довольно часто наблюдаемая, помещается на межостной линии, в месте пересечения ее с наружным

краем правой прямой мышцы живота, а точка Lenzmann'a находится на 5—6 сант. кнутри от правой верхней ости повздошной кости по межостной линии.

Болезненная точка Clado, соответствующая иногда началу отростка, помещается в месте пересечения перпендикуляра, опущенного из правой верхней передней ости на наружный край правой прямой мышцы, с этим краем.

Заканчивая обзор болевых точек при аппендиците, я вкратце коснусь болевых точек, наблюдаемых при endometritis dolorosa и описанных Снегиревым, для дифференцирования, так как эти точки имеют близкое соседство к вышеописанным точкам. Речь идет о пяти парах болевых точек. 1-ая пара болевых точек помещается на tuberculum pubis в месте выхождения n. spermaticus ext, 2-ая пара на поперечный палец выше первых, в месте нахождения r. anterior nervi ileohypogastrici, 3-ья пара помещается около внутреннего края верхней передней ости, где выходят nervus cutaneus femoralis anterior externus, 4-ая пара около гребешка повздошной на ее наружной поверхности, на месте выхода r. iliacus n. ileo—hypogastrici и, наконец, 5-ая пара на внутренней поверхности бедра немного ниже паховой складки, на месте выхода nervi ileo—inguinalis.

Все эти точки могут быть на одной стороне и не в полном числе.

В заключение, оценивая значение тех или иных болевых точек при аппендиците, повидимому, верно одно только положение—ни одна из вышеописанных точек не имеет абсолютного патогномонического значения для распознавания аппендицита. Coecum имеет такое разнообразнейшее расположение, различнейшие вариации, которые вам уже представлены, те самые неожиданности, которые иногда встречает на своем пути при лапаратомиях хирург, что поэтому о более или менее определенном местонахождении отростка не может быть и речи. Отсюда вытекает, что болевые точки, а также и боль под ложечкой аппендикулярного происхождения имеют только значение относительное при наличии других клинических данных, с которыми в целом они составят полный симптомокомплекс аппендицита. В соответствии с другими клиническими симптомами знание болевых точек может подчас принести огромную пользу в дифференциальной диагностике заболеваний брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА.

Проф. Поленов.—Опущение проксимального отдела толстых кишек с точки зрения хирург. клиники.—Доклад 30-го мая 1921 года.

„ **Оберндорфер**.—Этиология аппендицита.

„ **Лянц**.—Червеобразный отросток.

„ **Болярский**.—Ранняя операция при остром аппендиците—Доклад 25 мая 1912 года в Обух. больнице.

Wullstein, Wilms.—Руководство по хирургии том II.

Vogel.—Münch med. Wocheuschrift 10 окт. 1911 г.

Fonocchiaro.—Gaz. degli ospedal 1908 г.

Casper.—К диагностике камней мочеточников.

Lambret.—Arch. provinc. de chirurg 1911 г.

Греков.—К вопросу о coecum mobile

Алексинский.—К казуистике сочетания заболевания червеобразного отростка и желчного пузыря.

Deutu ef Delbet. Nouveau traite' de chirurgie.

Орловский.—К исследованию повздошной слепокишечной области.
Русский врач № 14—1909 г.
Протокол 25-го с‘езда французских хирургов.

Орловский.—К исследованию червеобразного отростка Р. врач, № 42,—1908 г.

Гаусман —О прощупывании червеобразного отростка Р. врач, № 27—1906 г.

Ростовцев.—Учение о перитифлите. Русская хирургия.

Алипов.—К статистике операций по поводу аппендицита и его осложнений.—Нов. Хир. Архив 1922 г.

Proí de Quervain—Частная хирургическая диагностика.

Saute-Solieri—Sur la douleur épigastrique dans l‘ appendicite. Revue de Chirurgie 1913 г. № 4.

Таблица 1.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АППЕНДИЦИТА.

Болезни с желудочными болями и рвотой:

1. Колики:
   - почечные.
   - печеночные.
   - свинцовые.
2. Придатки:
   - беременность.
   - разрыв пиосальпинкса или гематоцеле.
   - внематочная беременность.
3. Истерия.
4. Заворот кишек.
5. Перитонит:
   - гонококковый.
   - пневмококковый.
   - перфорация
     - желудка.
     - duodeni.
     - толстых кишек
6. Tabes.
7. Грыжи:
   - ущемленная.
   - не ущемленная.
8. Запор.
9. Диспепсия.
10. Тифоидная лихорадка.
11. Пневмония.
12. Диафрагмальный плеврит.
13. Коксальгия.

Болезни с опухолью в животе:

1. Абсцесс в правой повздошной ямке:
   - паранефрит.
   - псоит.
   - лимфаденит.
   - холодный абсцесс.
2. Опухоль кишек (рак или туберкулез).
3. Блуждающая почка или гидронефроз.
4. Киста яичника:
   - перекрученная.
   - лопнувшая.
5. Фибромиома матки.
6. Холецистит.

ЭТИОЛОГИЯ АППЕНДИЦИТА.

- a. Местные предрасполагающие причины:
  - 1. Инородные тела в отростке:
    - Колющие (иголки).
    - Каловые камни.
    - Косточки.
    - Паразиты.
  - 2. Деформация:
    - a. Врожденная (необыкн. длины и пр.).
    - b. Приобретенная:
      - Сдавливание.
      - Старые рубцы.
      - Сращения.
- b. Общие предрасполагающие причины:
  - 1. Конституциональные болезни:
    - Ревматизм.
    - Диабет.
  - 2 Инфекционные болезни:
    - a. Непосредственно:
      - Тифозная язва.
      - Туберкул язва.
      - Вульгарн. язва.
    - b. Гематогенно:
      - Краснуха.
      - Коклюш.
      - Скарлатина.
      - Суставной ревм.
      - Дифтерия.
      - Грипп.
      - Ветренная оспа.
      - Корь.
      - Ангина.
      - Тифоидн. лих.
      - Фурункулез.
  - 3. Болезни, вызван. соседними органами:
    - a. Кишки:
      - Колит.
      - Дизентерия.
      - Тифлит.
    - b. Половые органы женщины:
      - Беременность.
      - Фибромы.
      - Сальпингит.
      - Кисты яичника и т. д.

Случай оперативного удаления надпочечника при самопроизвольной гангрене.

(Доклад на заседании секции врачей Оршанского Отделения Союза Медсантруд 2 мая 1923 г. и 10 января 1925 г.).

Н. Я. Шабунин.

Термином самопроизвольной гангрены обозначались такие случаи гангрены, где нельзя было с точностью установить этиологию заболевания. Впоследствии некоторые виды гангрен, как наприм., гангрена после тифа, от эмболий, Endarteriitis obliterans (luetica), как точно изученные, отмежевались от спонтанной гангрены. В виду того, что при последней клинически преобладают чисто местные явления в конечностях, то и все поиски этиологических причин сводились к изучению периферических изменений in loco, хотя впрочем еще Billroth высказывал предположение о зависимости периферических изменений от состава крови. Наконец, в 1912 г. проф. В. А. Оппель (Ленинград) высказал теорию возникновения спонтанной гангрены, поставив ее в связь с повышенным содержанием адреналина в крови или, иначе говоря, с гиперфункцией надпочечников.

Вследствие такой гиперадреналинэмии, по мнению проф. Оппеля, наступает спазм Vasa vasarum, склероз adventitiae, дегенерация mediae-разрастание intimae и, наконец, тромбоз сосудов. Для спонтанной гангрены им дается другое название: gangrena arteriitica suprarenalis.

Оба надпочечника расположены ретроперитонеально у верхних полюсов почек, вес их колеблется от 4 до 7 грамм; артериальными сосудами (бывает до 20 веточек) они снабжаются из aorta abdominalis, art. renalis и art. phrenica, отводящий сосуд—vena suprarenalis впадает справа в vena cava int., слева в vena renalis; нервами надпочечники снабжены от n. splanchnicus и от ganglion coeliacum. Макро—и микроскопически, ткань надпочечника состоит из двух резко отграниченных частей: 1) наружного слоя розовато желтого цвета—коркового вещества, построенного из столбиков клеток, содержащих блестящие жировые зернышки (так наз. липоиды) и 2) внутреннего красноватого цвета—мозгового вещества, состоящего из клеток, обладающих специфическим сродством к хромовым солям, почему и называемых хромафинными клетками, содержащими нежные мелкие зернышки; они то, по мнению Stoerk'a, продуцируют адреналин, который путем диффузии поступает в кровеносные капилляры.

Adisson еще в 1855 г. доказал зависимость болезни, названной его именем, от изменений в надпочечниках, хотя в то же время экспериментально вызвать эту болезнь путем удаления надпочечников не удается, но зато выяснено, что операция удаления их вызывает смерть опытных животных, что указывает на чрезвычайную важность для организма этих желез. Эксперименты с экстрактами надпочечников показали, что важнейшей для жизни частью является мозговое вещество. Адреналин добыт и в кристаллическом виде в 1901 г. Takamine. Влияние glandula suprarenalis на главнейшие процессы жизни—на питание, рост, размножение,

на усвоение и распад, на теплообразование и отдачу тепла и распределение пигмента изучено крайне недостаточно. Особенно характерно действие адреналина, оказываемое на сосудистый аппарат, на что, главным образом, обращают внимание все исследователи; оно выражается в повышении кровяного давления, что замечается при внутреннем введении уже $^1/_{20}$ млгр адреналина, а также в сужении сосудов, что особенно ясно доказывается при исследовании над так наз. изолированными органами (метод проф. Кравкова). Последние работы, опубликованные в 1923 г., врачей Ахутина и Глебовича, с очевидностью это устанавливают, а также с несомненностью констатируют, что в крови больных спонтанной гангреной имеются сосудосуживающие вещества всегда, а иногда даже в больших количествах*).

Установлен между прочим такой факт, что раздражения n. splanchnici вызывают усиленное выделение секрета надпочечников.

В отношении спонтанной гангрены, наличие избытка сосудосуживающих веществ в крови говорит, конечно, в пользу теории проф. Оппеля; впрочем нельзя не упомянуть об исследованиях физиологов (Павлова, Berthelos и Bertrand), указывающих, что в кровь при некоторых условиях попадают из кишечника продукты разложения белков бактериями, напр., так назыв. гистамин из разряда протеиногенных аминов—очень ядовитое вещество, которое в разведении 1 : 1.000.000.000.000 действует сосудосуживающе; что, казалось бы, могло внести некоторые сомнения, но многие факты, наблюдающиеся при экспериментальной адреналинэмии, наприм., повышенная свертываемость крови, увеличенное количество эритроцитов, повышенный лейкоцитоз все же говорят за адреналиновую теорию спонтанной гангрены.

Хирургия также дает этому доказательства. Проф. Оппель, предложивший свою теорию, изыскал и методы лечения: сначала он пытался воздействовать на надпочечник рентгеновскими лучами, чтобы ослабить или прекратить его функцию, но это не дало положительных результатов; точно также лишь незначительные улучшения давала операция перевязки подколенной вены; операция на сосудах по Леришу, так наз., периартериальная симпатэктомия не находит себе многих приверженцев. Далее проф. Оппелем предложена операция удаления одного из надпочечников, а именно: левого, подступы к которому легче и менее опасны, ибо, как я уже упоминал, vena suprarenalis dextra впадает в vena cava int, и при операции очень легко повредить последнюю. Первая операция проф. Оппелем была произведена в 1921 г. через поясничный разрез, как при операциях на почках, рекомендованной Бергман-Израэлем. Разрез под 12 ребром в поперечном направлении до m. rectus sin, если необходимо резецировалось ребро, разрезались мышцы; брюшина или вскрывалась или отслаивалась, отыскивалась почка и над ней надпочечник, сосуды последнего у hylus'а перевязывались и надпочечник удалялся кускованием или целиком. На XV с'езде хирургов в 1922 г. высказывались мнения за большие удобства трансперитонеального способа, причем необходимо рассекать ligam. phrenico—colicum и оттеснять colon кнутри; в дальнейшем вскрывать задний листок брюшины непосредственно над надпочечником, и последний удаляется; на с'езде проф. Оппелем было доложено о 17 операциях, из них 4 смертных случая; в нескольких случаях после операций отмечалось появление пульса там, где его до операции не было.

Проф. Гирголов (сборник проф. Оппеля 1923 г.) в статье „к технике оперативных вмешательств на левом надпочечнике“ упоминает о 4 своих операциях, 2—проф. Грекова, 2—проф. Петрова и 1—проф. Спасокукоцкого. Необходимо упомянуть о способе операции, предложенном Brüning'

*) *Примечание редактора*: другие авторы, например Егоров, это отрицают.

ом (9 случаев).—Он ведет разрез по средней линии живота книзу от proces ensiformis, добавляет 2 поперечный разрез влево через m. rectus sin и obliqus ext., flexura colli lienalis отводится книзу, вскрывается задний листок брюшины над надпочечником и последний удаляется. Henschen при лапаротомии различает три возможности добраться до надпочечника: 1) через малый сальник, 2) через ligam gastro-colicum и 3) через mesocolon. Наконец, необходимо упомянуть для полноты о способе, разработанном на трупах А. Мельниковым—внебрюшинном и внеплевральном с резекцией ребер и отслойкой плевры и брюшины.

Наша работа в далеко не блестящих условиях при крайне ограниченном числе помощников заставила нас отказаться от изложенных выше способов операции и применить по нашему мнению более простой способ, который изложен ниже.

Переходим к описанию нашего случая: 9 ноября 1922 г. в Оршанскую больницу им. Семашко поступил больной Б. Ш. 28 лет, по профессии шапочник, роста среднего, крайне истощенный; указаний на сифилис и туберкулез не имеется; в мае 1922 г. также находился в больнице, причем ему была произведена с хорошим исходом ампутация левого бедра в средней трети, по поводу незаживавшей ампутационной культи ниже колена, причинявшей невыносимые боли. Более трех лет назад имел отморожение мякоти 1, 2 и 3 пальцев на обеих ногах и около $1^1/_2$ лет назад появилась гангрена на левой стопе с сильнейшими болями; подвергался 6 раз операциям, но культя не заживала. 13 октября 1922 года с наступлением холодов почувствовал боли в правой стопе, и вскоре потемнел и из'язвился конец 3-го пальца. 10 ноября по усиленной просьбе больного был вылущен 3-й палец, правая нога. в общем, имела приличный вид, несмотря на то, что нигде не удавалось обнаружить пульсации, даже в arteria iliaca externa, это было констатировано еще год назад, когда больной был в Москве. Исследование крови не было произведено. В виду невыносимых страданий и крайнего истощения, больному была предложена операция удаления надпочечника, раз'яснен смысл и опасность операции; больной охотно согласился, и 23 ноября под общим эфирно-хлороф. наркозом была произведена операция следующим образом: положение больного на спине с подложенным под левую поясничную область небольшим валиком; разрез 10 сант. длиной по наружному краю m. recti sin, начиная на 3 поперечных пальца ниже края ребер, рассечен m obliq. ext, цвет мышц темно-бурый; по вскрытии брюшины colon transversum оттеснено кверху, тонкие кишки придержаны лопаточкой (влагалищным под'емником Simon"a, плоским); задняя стенка брюшины вскрыта у середины почки в поперечном направлении параллельно mesocolon transvers., в разрез вставлен второй под'емник Simon"a, продвинут между брюшиной и почкой кверху и слегка приподнят; в верхнем углу образовавшейся, таким образом, ниши сейчас был виден надпочечник характерного цвета, последний захвачен длинным зажимом (Mikulicz"a), другим изогнутым длинным корнцангом надпочечник отделен со всех сторон, кроме hylus"a, где ощущалось препятствие; при помощи длинного корнцанга обведена шелковая лигатура и hylus перевязан. После чего в два приема, путем выкручивания удалена вся ткань надпочечника по своим размерам не увеличенного. После удаления под'емника, брюшина поместилась на свое место, швов на ее разрез не наложено. Брюшной разрез закрыт наглухо двух-этажным швом. Необходимо отметить, что при удалении надпочечника не было кровотечения. Послеоперационное течение: температура на второй и четвертый день после операции вечером повышалась до 37,5° и 38,4°, а затем пришла к норме. Пульс на другой день был 120 в минуту при нормальной утренней T°, с пятого дня был 100 и

к 10-му дню пришел к норме; на шестой день сняты швы, причем у одного шва заметно незначительное нагноение (шито простыми нитками); самочувствие:—на 2 и 3 день жалобы на небольшую боль в левой поясничной области, боли в ноге почти исчезли, голень на третий день стала теплее, но на пятый день начала темнеть стопа, и вскоре вновь усилились боли во всей ноге, появились темные пятна на голени и колене. С согласия больного, 14 декабря произведена ампутация правого бедра в средней трети без жгута, кровотечения не было, кожный шов наглухо, кожные края только местами срослись, в дальнейшем рана очистилась, и культя совершенно зажила спустя 3 месяца после ампутации; больной очень хорошо поправился и, несмотря на потерю обеих ног был очень доволен таким исходом болезни. В отпрепарованной бедренной артерии на ампутированной части ноги просвета не обнаружено—полная облитерация.

Несмотря на то, что не удалось спасти конечность, все-же операция удаления надпочечника очевидно содействовала полному заживлению культи после ампутации бедра и повела к быстрому улучшению общего состояния и самочувствия; данный случай надо признать за gangrena arteriitica suprarenalis по многим признакам: 1) молодой возраст, 2) медленное течение болезни, 3) полное отсутствие кровотечения при операциях, 4) совершенное заживление культи правого бедра и 5) улучшение общего состояния после операции

Что касается примененного нами способа операции удаления надпочечника, то он несколько разнится от уже рекомендованных и имеет некоторые преимущества: 1) значительно меньшая травма, и 2) быстрое достижение до надпочечника без рассечения связок или mesocolon; большую услугу оказали при этом примененные влагалищные под'емники Simon''a.

ЛИТЕРАТУРА.

1. **A. Biedl** Внутренняя секреция.
2. Вестник хирургии и погранични. областей. Т. I и II.
3) **P. Lecêne et R. Proust**. Prêcis de pathologie Chirurgical.

P. S. Больной Б. Ш. 10 января 1925 г. вновь демонстрирован на заседании секции врачей и Оршанского Окружного с'езда врачей: общее состояние и самочувствие больного очень хорошие; благодаря полученным им в Ленинграде, в приюте для ампутированных, протезам, он может ходить при помощи палки.

О туберкулезе брыжжеечных и забрюшинных желез.

(Из хирургич. отдел. Бобруйской б-цы).

Врач В. Морзон.

В 1923 году я наблюдал в заведуемом мною отделении двух больных, страдавших туберкулезом забрюшинных и брыжжеечных желез. После этого я занялся вопросом установления симптомов означенного заболевания. Добытыми результатами наблюдения я хочу поделиться.

Прежде всего, остановлюсь кратко на описании двух своих случаев.

1. Больной П. Л-ко 24 л., житель г. Бобруйска, два года тому назад почувствовал неопределенные боли в полости живота, и в течение этих двух лет лечился, но безрезультатно. В больницу поступил 11 мая 1923 г. Сифилис отрицает, не курит, не пьет. Среди родственников сифилитиков, туберкулезных больных нет.

При исследовании констатируется следующее: лимфатические железы шеи увеличены, бронхиальные железы (Рентгеновское просвечивание) увеличены. Пульс 120; температура 36,7. Легкие и сердце в пределах нормы. Полость живота—живот не вздут; при дыхании выпячивающихся, или перистальтирующих кишечных петель не видно. Пальпация: печень и селезенка не увеличены: нижняя граница желудка на 2 пальца над пупком; SR уклонения от нормы не представляет; слепая кишка находится в своем обычном месте. При пальпации тонких кишек пальцы наталкиваются на опухоль величиною в куриное яйцо, которая расположена у позвоночника справа на 2 сант. ниже пупка. Опухоль имеет гладкую поверхность, твердой консистенции, не смещается при дыхании и слегка болезненна при надавливании; подвижность ее ограничена. При перкуссии над опухолью тимпанический звук. Аускультация в смысле диагностическом ничего не дает.

Исследование мочи ничего патологич. не дает; исследование кала на присутствие крови—отрицательный результат; исследование крови — небольшой лейкоцитоз; причем в лейкоцитарной формуле на себя обращает внимание определенный лимфоцитоз—34 проц. Температура все время утром нормальная, а вечером от 37 до 37,2. Пульс все время частый от 110 до 120.

На вопросы: к какому органу относится опухоль и какого она характера?—приходится дать нижеследующий ответ.

Заболевания слепой кишки исключаются, так как она на месте и нормальна; опухоль не может относиться к сальнику и кишкам, так как она не обладает подвижностью. На блуждающую почку не похожа: мала и неподвижна (случаи третьей почки очень редки). Неподвижность опухоли говорит за то, что она расположена за брюшиною. Что касается второго вопроса, то в то время я ничего определенного не мог сказать.

Так как эта опухоль вызывала боли в полости живота, то я предложил больному оперироваться, выяснив ему, что я не знаю характера опухоли.

На операционном столе по вскрытии полости живота представилась следующая картина: у позвоночника немного ниже пупка за брюшиною расположены две опухоли величиною с куриное яйцо; они плотно прилегают друг к другу; кверху и книзу от них идут пакеты меньших желез. В брыжжейке тоже увеличенные железы.

Эти пакеты напоминают собою пакеты туберкулезных шейных желез. В виду большого рассеяния увеличенных желез вопрос об удалении ихотпал. Диагноз был поставлен: „туберкулез брыжжееч. и забрюшинных желез".

После операции в первые четыре дня по вечерам температура повышалась до 37,6. Пульс оставался прежним.

Через две недели после операции железы уменьшились вдвое. Температура нормальная, и пульс от 90 до 100.

При выписке из б-цы 5 июня 1923 года больной не ощущал болей в полости живота.

Ему дана была 3 проц. гваяколовая мазь с зеленым мылом, смешанная в половинном размере. Кроме втирания этой мази, было назначено ношение шерстяного набрюшника.

Через два месяца у больного железы не прощупывались, и он чувствовал себя хорошо, ел самую грубую пищу и пополнел до неузнаваемости.

Через четыре месяца опять появились незначительные боли в полости живота; при исследовании—железы величиною в сливу. Опять было применено тоже лечение, и боли исчезли. В настоящее время опухоль не прощупывается. Пульс от 80 до 90.

Второй случай: вслед за этим больным поступила в больницу 14 июня 1923 г. вторая больная М. Дол-ая 18 л., жительница дер. Черевача. Все данные анамнеза и исследования больной таковы же, что и у первого больного. Даже опухоль расположена в том же месте, величиною в яблоко.

Разница только в том, что у этой больной жесткий выдох, изредка крепитирующие хрипы над левой верхушкой. Здесь же при перкуссии тупость.

Исследование мочи—ничего ненорм.
„ мокроты—за отсутствием ее не произведено.
„ кала на кровь—отрицат.
„ крови—лимфоцитов 37 проц.

Рентгеновское просвечив.—увелич. бронх. желез. Туберкулинов. реакции дают положит. результат. На том основании, что имеем процесс в левой верхушке, слегка по вечерам повышающуюся T⁰, лимфоцитоз, частый пульс, увеличение лимфат. желез шеи и бронхиальных, клинический диагноз: туберкулез забрюшинных желез.

Вследствие того, что у больной имеется процесс в легких, ведется консервативное лечение: гваяколовая мазь, внутрь железо, подкожно-мышьяк. Кроме того, применялись солнечные ванны. За время пребывания больной в б-це опухоль уменьшилась до величины куриного яйца (2 июля 1923 г.).

Через полтора месяца опухоль не прощупывалась.

С этого времени при исследовании больных с неопределенными болями в полости живота, не получая данных, указывающих на определенное заболевание, но имея в то же время такой симптом, как частый пульс, я начинаю обращать внимание на железы брыжжейки и забрюшинные.

Идя по этому пути, я поставил диагноз туберкулеза забрюшинных желез в 6 случаях, не считая двух описанных. Пять из этих 6 случаев оперировал; после операции больные чувствовали себя хорошо и ко мне не возвращались. Одного лечил консервативно (процесс в легких).

Таким образом, всех случаев туберкулеза забрюшинных желез по моим наблюдением было 8. Из них 6 оперировано. Двое лечены консервативно.

По возрасту распределяются следующим образом:

От 10 до 20 л. — 5 больных,
„ 20 „ 30 „ — 1 „
„ 30 „ 40 „ — 2 „

Симптомы при означенном заболевании следующие:

1. Habihus asthenicus.

2. Неопределенные боли в полости живота, ослабевающие при применении тепла и усиливающ. от холода.

3. *Частый пульс.*

4. Температура, незначительно повышенная (не всегда).

5. *Лимфоцитоз от 34 до 48 проц.*

6. Увеличение шейных и бронхиальных желез.

7. Туберкулиновые реакции—положительны.

8. Присутствие в полости живота малоподвижных опухолей, а иногда и подвижных (при увеличении брыжжеечных желез).

Лечение: Во всех случаях, где нет процесса в легких, следует лечить оперативно. Вероятно, оперативное вмешательство имеет такое же значение, как и при туберкулезных перитонитах: воздействие света, воздуха и самой операц. травмы. При наличии туб. процесса в легких независимо от стадии—лечение консервативное: свет, питание, гваякол—ввиде гваяколовой мази, железо и мышьяк.

Общие данные по онкологии.

(По материалу быв. Минской губернской Земской больницы за последние 20 лет).

Ординатора Хирургической Факультетской клиники БГУ В. В. Бабука.
Директор—проф. С. М. Рубашев.

Учение об опухолях всегда привлекало внимание хирургов, и до войны медицинская литература была полна сообщениями на эту тему. Война заставила мировую хирургию отдать свое внимание другим вопросам, и на время как-бы затушила интерес к учению об опухолях.

За последнее время, перешедшая вновь на мирные рельсы, хирургия возвращается опять к вечным вопросам, связанным с опухолями, преимущественно злокачественными.

Если существенно изучение каждого вида опухоли в отдельности, то определенную ценность имеют данные, рисующие картину распространения опухолей вообще, их локализацию, отношение к таким главнейшим факторам, как пол, возраст и т. д. Несмотря на то, что в литературе имеется достаточное количество статистических данных по затронутой нами теме, я охотно принял предложение проф. С. М. Рубашева заняться этим вопросом.

Существует не мало указаний, что распространение опухолей не одинаково в различных странах и местностях. С этой точки зрения не безынтересно было выяснить, каковы данные, касающиеся Белоруссии, как местности, характеризующейся определенными географическими и почвенными условиями. Так по Kolb'у в местностях с большим количеством рек, болот и лесов рак встречается чаще. Pöppelmann говорит, что дома, близкие к стоячим водным источникам, наиболее опасны в смысле заболевания раком. Общеизвестный факт, что в северных странах и на экваторе раки встречаются редко. Тихов, на основании своего личного опыта, говорит, что рак желудка в Сибири встречается гораздо реже, чем в Европейской России. Наш материал в этом отношении заслуживает внимания, как взятый из данных бывшей Губернской Земской больницы, которая обслуживала большой район крестьянского населения, и поэтому наши цифровые данные могут считаться типичными для всей Белоруссии. Этот момент является интересным не только с научной, но и социально-бытовой точки зрения. Вопрос о борьбе с новообразованиями, в особенности злокачественными (раком), на которых мы в дальнейшем, главным образом, и остановимся, стоит заграницей и должен стоять у нас на очереди. Понятно, что необходимо предварительное изучение состояния этого вопроса в нашей местности, тем более, что никаких данных в этом отношении не имеется, и только после такого изучения может быть рационально постановлена борьба с указанным заболеванием, просвещение населения в этом смысле и т. д.

Представляемый материал отличается особенностью, которая является одновременно и недостатком, а с другой стороны составляет известную ценность.

Известно, что истинную картину распространения злокачественных опухолей могут дать скорее секционные данные, между тем как наши цифры дают только случаи оперированные, т. е. указывают обращаемость населения по поводу опухолей. С другой стороны, секционные данные, основанные на больничном материале, не дают представлений о распространении доброкачественных опухолей, вследствие которых больные не погибают в больницах; отчасти это относится и к таким формам злокачественных опухолей, от которых больные в стенах больницы не гибнут (рак кожных покровов и т. д.)

Интерес наших цифр заключается в том, что они до известной степени отражают жизнь крестьянского населения за двадцать лет в смысле заболеваемости опухолями, показывая, по поводу каких опухолей, главным образом, обращаются крестьяне, а это, в свою очередь, позволяет сделать некоторые выводы социально-бытового характера.

В нашу статистику вошли случаи только оперированные по книгам записей операций бывшей Минской Губ. Земской больницы за последние 20 лет. Весь материал разработан и представлен в 16 таблицах, к которым и отсылаю интересующихся подробно ознакомиться с цифровыми данными. Я же остановлюсь лишь на отдельных пунктах.

I. По вопросу о частоте распространения опухолей вообще.

На 12486 произведенных операций опухолей было 1025, т. е. 8,2 проц. По Тихову (клинические данные) частота опухолей равняется 7 проц. По данным Донского патолого-анатомического Института 8,67 проц. всех вскрытий падает на опухоли. Это позволяет нам сказать, что какого либо исключения в этом смысле, повидимому, Белоруссия не представляет.

Таблица № 1

С 1904 по 1924 год всех операций	из них опухолей	что составляет
12486	1025	8,2 проц.

II. Каковы соотношения между злокачественными и доброкачественными опухолями.

По нашему материалу 58,7 проц. падает на злокачественные новообразования и 41,3 проц. на доброкачественные. По Тихову доброкачественные опухоли составляют 56,4 всех новообразований. По Гейнацу же только 37,6 проц., по Gurlt'у 75 проц. падает на злокачественные. Что статистика Gurlt'а дает лишь 25 проц. доброкачественных опухолей— это понятно, имея ввиду, что это секционная статистика. Наши цифры ближе всего подходят к цифрам Тихова, собранным также на крестьянском материале.

Таблица № 2

Всех опухолей	злокачественных	доброкачественных
1025	602 - 58,7 проц.	423—41,3 проц.

III. Из двух главных форм злокачественных новообразований, рака и саркомы, по Gurlfy 75-80 проц. всех злокачественных составляют раки, что совпадает с нашими данными (79,4 проц.). Противоречащими являются данные Nystrim'a из Норвегии, по которым 95 проц. рака и только 5 проц. саркомы.

IV. По отношению к полу.

Женщины по нашей статистике поражаются опухолями чаще мужчин; первые составляют 54 проц., вторые 46 проц. Корнман (1918 г.) по цифровым данным различных авторов выводит заключение, что 50,5 проц. всех опухолей встречается у мужчин, и 49,5 у женщин. Из опухолей, поражающих чаще женщин, можно отметить следующие: фиброма, миома, липома, ангиома, аденома, папиллома и кисты, причем подавляющее

Таблица № 3

Название опухоли	Общее количест. случаев	Из них мужчин (в процентах)	Из них женщин (в процентах)	$^0/_0$ отношение к общ. колич. всех опухолей
Рак	478	284—59,4	194—40,6	46,6
Саркома	124	68—54,8	56—45,2	12,1
Фиброма	19	6—31,6	13—68,4	1,8
Липома	38	14—36,8	24—62,2	3,7
Миома	80	1— 1,25	79—98,75	7,8
Миксома	1	— „ —	1—100	0,1
Остеома	6	5—83,3	1—16,6	0,6
Ангиома	30	10—33,3	20—66,6	2,9
Аденома	7	— „ —	7—100	0,7
Папиллома	13	4—30,8	9—69,2	1,3
Кисты	126	7— 5,5	119—94,5	12,2
Атерома	101	73—72,3	28—27,7	9,8
Глиома	2	— „ —	2—100	0,2
Итого	1025	472—46	553—54	

большинство этих опухолей приходится на половые органы женщин, и если мы выделим опухоли genitalia, то увидим, что, во-первых, мужчины заболевают опухолями в 2 раза чаще женщин, во-вторых, что 59 проц. всех опухолей женщин падает на половые органы, у мужчин же только

Таблица № 4

	Общее число опухолей	Опухоли без genitalio	genitalio	genitalio в $^0/_0$
Мужчин	472	454	13	2,8
Женщин	553	222	327	59,0

2,8 проц., в третьих, что женские половые органы поражаются опухолями в 25 раз чаще, нежели мужские. Эти интересные факты находят себе, повидимому, об'яснение в тех изменениях, которые претерпевают женские половые органы во время половой жизни. В противоположность женщинам у мужчин поражаются, главным образом, покровы головы и лица, но на этом подробнее остановимся ниже.

Таблица 6

Название органов	Количество всех опухолей
Покровы головы и лицо	399
Челюсти	25
Шея	39
Грудная клетка, спина и покровы живота	27
Верхние конечности	34
Нижние конечности	4
Желудочно-кишечный тракт	100
Genitalia mascul	13
„ feminina	327

V. Обращаясь к возрасту, необходимо отметить, что подавляющее большинство доброкачественных опухолей в 81 проц. падает на возраст от 10 до 50 лет, причем в эти четыре десятка лет опухоли распределяются почти равномерно.

Таблица 5

	От 1—10 л.	От 10—30 л.	От 30—50 л.	От 50 л. и выше
Рак . . .	—	13	175	290
Саркома . .	15	43	30	36
Фиброма . .	4	4	11	—
Липома . .	2	7	22	7
Миома. . .	—	10	54	16
Миксома . .	—	1	—	—
Остеома . .	—	4	2	—
Ангиома . .	19	9	—	2
Аденома . .	—	6	1	—
Папиллома . .	—	6	6	1
Кисты . . .	3	55	64	4
Атерома . .	4	55	25	17
Глиома. . .	—	—	1	1

Нужно помнить, что эти годы дают, вообще, главную массу населения. Рак предпочитает возраст выше 50 лет. Саркомы же распределяются почти равномерно, что противоречит обычным представлениям о саркоме, как о болезни исключительно молодого возраста.

VI. Переходя к доброкачественным опухолям, мы можем отметить только следующее: липома и ангиома, поражая почти в 2 раза чаще женщин, чем мужчин, предпочитают наружные части тела, ни одного случая внутренних органов; кроме того, ангиомы в 43 проц. врожденные. Миома, аденома и киста поражают, главным образом, женские половые органы,— из 80 миом—79, из 7 аденом—6, из 126 кист—97 приходится на половые органы женщин.

Липома. Таблица 9

НАЗВАНИЕ ОРГАНОВ	Общее колич. случаев	Из них		По возрасту				% % соотнош. к общ. чис. случ.
		мужч.	женщ.	0—10 л.	10—30 л.	30—50 л.	50 и выше	
Шея	8	3	5	—	1	5	2	21,1
Грудные железы . .	2	1	1	1	—	1	—	5,3
Грудная клетка, спина, покровы живота . .	11	5	6	1	3	6	1	28,9
Верхние конечности . .	11	2	9	—	2	6	3	28,9
Нижние конечности . .	6	3	3	—	1	4	1	15,8
Итого .	38	14	24	2	7	22	7	—

Фиброма. Таблица 10

Покровы головы и лицо .	5	2	3	2	2	1	—	26,3
Носоглотка . . .	1	1	—	—	1	—	—	5,3
Подмышечная ямка . .	1	1	—	—	—	1	—	5,3
Нижние конечности . .	1	1	—	—	—	1	—	5,3
Мочевой пузырь . .	1	—	1	—	—	1	—	5,3
Матка	6	—	6	—	—	6	—	31,6
Наружные половые органы .	1	—	1	—	—	1	—	5,3
Rectum	2	1	1	1	1	—	—	10,5
Anus	1	—	1	1	—	—	—	5,3
Итого .	9	6	13	4	4	11	—	—

Таблица 11

Миома.

НАЗВАНИЕ ОРГАНОВ	Общее колич. случ.	Из них м. жч.	женщ.	По возрасту 0-10 л.	10-30 л.	30-50 л.	50 л. и выше	0/00/0 соотнош. к общ. чис. случ.
Лицо	1	1	—	—	1	—	—	1,25
Нижние конечности	1	—	1	—	—	—	1	1,25
Матка	75	—	75	—	9	51	15	93,75
Яичники	1	—	1	—	—	1	—	1,25
Наружные половые органы	1	—	1	—	—	1	—	1,25
Между широк. связками	1	—	1	—	—	1	—	1,25
Итого	80	1	79	—	10	54	16	

Таблица 12

Остеома.

Покровы головы и лицо	3	2	1	—	2	1	—	49,8
Челюсти	1	1	—	—	—	1	—	16,6
Нижние конечности	2	2	—	—	2	—	—	33,2
Итого	6	5	1	—	4	2	—	

Таблица 13

Ангиома.

Покровы головы и лицо	25	9	16	17	6	—	2	83
Язык	1	—	1	—	1	—	—	3,3
Шея	1	—	1	1	—	—	—	3,3
Верхние конечности	3	1	2	1	2	—	—	2,9
Итого	30	10	20	19	9	—	2	
из них врожденных	13	2	11	—	—	—	—	

Таблица 14

Аденома.

Грудные железы	6	—	6	—	5	1	—	
Толстая кишка	1	—	1	—	1	—	—	
Итого	7	—	7	—	6	1	—	

Таблица 15

Папиллома.

Лицо	5	2	3	—	2	2	1	38,5
Грудные железы	1	—	1	—	—	1	—	7,7
Anus	2	—	2	—	1	1	—	15,4
Мошонка	1	1	—	—	1	—	—	7,7
Матка	1	—	1	—	—	1	—	7,7
Genitalia женщин	1	—	1	—	1	—	—	7,7
Мочевой пузырь	2	1	1	—	1	1	—	15,4
Итого	13	6	7	—	6	6	1	

Кисты. Таблица 16

НАЗВАНИЕ ОРГАНОВ	Общ. число случ	Из них		По возрасту				%% соотнош. к общ. чис. случ.
		муж.	женщ.	0-10 л.	10-30 л.	30-50 л.	50 л. и выше	
Лицо	12	4	8	2	6	3	1	9,5
Шея	9	1	8	1	7	1	—	7,1
Грудные железы	1	—	1	—	1	—	—	0,8
Спина	1	—	1	—	—	—	1	0,8
Паховая область	2	—	2	—	1	1	—	1,6
Брюшная полость	1	—	1	—	1	—	—	0,8
Верхние конечности	1	1	—	—	—	1	—	0,8
Нижние »	1	1	—	—	1	—	—	0,8
Надпочечник	1	—	1	—	—	1	—	0,8
Яичники	91	—	91	—	35	54	2	72,2
Матка	4	—	4	—	2	2	—	3,2
Влагалище	2	—	2	—	1	1	—	1,6
Итого	126	7	119	3	55	64	4	

VII. Из злокачественных новообразований скажем несколько слов о саркомах, которые у нас составляют $^{1}/_{5}$ всех злокачественных опухолей и 12,1 проц. всего числа опухолей. О распределении сарком по возрасту говорилось выше, по полу, мужчины поражаются чаще женщин, что сходится с данными Wortmann'a. Нужно отметить, что тут также у мужчин чаще поражаются покровы головы и лица и конечности, у женщин же половые органы.

Саркома. Таблица 8

НАЗВАНИЕ ОРГАНОВ	Общ кол. случ.	Из них		По возрасту				%% соотнош к общ. чис. случ
		муж.	жен.	0-10 л.	10-30 л.	30-50 л.	50 л. и выше	
Покровы головы и лицо	34	20	14	8	11	6	9	27,3
Десны	2	1	1	—	1	1	—	1,6
Небо	1	—	1	—	—	—	1	0,8
Челюсти	9	5	4	1	4	—	4	7,3
Шея	10	7	3	3	—	4	3	8,1
Грудные железы	4	—	4	—	3	1	—	3,2
Грудная клетка, спина, покровы живота	6	4	2	—	2	3	1	4,8
Верхние конечности	14	11	3	1	5	5	3	11,3
Нижние конечности	26	16	10	1	6	7	12	21
Полость живота	6	3	3	—	2	2	2	4,8
Желудок	1	—	1	—	1	—	—	0,8
Женские половые органы	10	—	10	—	7	3	—	8,1
Мужские » »	1	1	—	1	—	—	—	0,8
Итого	124	68	56	15	42	32	35	

Вторую и самую большую группу злокачественных новообразований составляет рак. По нашей статистике, в которую входит 478 случаев рака, последний составляет 46,6 проц всех собранных нами опухолей. Эта цифра сходится с данными Тихова (1910), по которому раковые опухоли составляют около половины всех новообразований, и меньше данных Gürtl'a, по которому на долю рака отводится 60 проц. По последним данным Шера (1923 г.) рак составляет 53,3 проц всех опухолей. По сек-

ционному материалу рак составляет по Buday (1907) 6,6 проц. всех вскрытий, по Orth'у (1909) от 4—14 проц., по Lissauer'у (1914) 9,13 проц. по Nabiling'у 15 проц, Krasting'у (1914) 8,47 проц. Говоров из собранных им 211520 протоколов вскрытий насчитывает 17179 случаев рака, что составляет 8,12 проц.

По нашему материалу рак составляет 3,8 проц. всех произведенных операций. По полу он поражает в $1\frac{1}{2}$ раза чаще мужчин, чем женщин, по другим авторам наоборот; так, например, по Nabiling'у 62 проц. женщин, 38 проц. мужчин, по Krasting'у 56,88 проц. мужчин и 43,12 проц. женщин, по Mc-Connel'ю 63 проц. женщин и 37 проц. мужчин, по Tuffier (1922 г.) у женщин рак на 24 проц. больше, чем у мужчин. Преобладание у нас мужского пола об'ясняется большим количеством рака лица у мужчин, из 221 случая 193 мужчины и 28 женщин. Раки лица составляют по нашим данным 46 проц. всех раков.

Таблица 7

Рак.

Название органов	Общ. колич. случ.	Из них: муж.	Из них: жен.	По возрасту: 0-20 л.	20-30 л.	30 50 л.	50 л. и свыше	%% соотнош. к общ. чис. случ.
Покровы головы и лица	221	193	28	—	2	51	168	46,1
Язык	9	8	1	—	—	3	6	1,9
Небо	1	1	—	—	—	1	—	0,2
Околоушная железа	2	2	—	—	—	1	1	0,4
Челюсти	7	6	1	—	—	3	4	1,5
Шея	5	5	—	—	—	1	4	1,1
Гортань	2	2	—	—	—	—	2	0,4
Грудные железы	44	1	43	—	1	21	22	9,2
Спина	1	—	1	—	—	—	1	0,2
Верхние конечности	2	1	1	—	—	1	1	0,4
Нижние »	6	5	1	—	1	1	4	1,3
Желудочно-кишечн. тракт	81	45	36	—	4	43	34	17
Брюшная полость	2	2	—	—	—	—	2	0,4
Печень	3	—	3	—	—	1	2	0,6
Мочевой пузырь	5	4	1	—	—	3	2	1,1
Почки	1	—	1	—	—	—	1	0,2
Женские половые органы	77	—	77	—	4	41	32	16
Penis	9	9	—	—	1	5	3	1,9
Итого	478	284	194	—	13	176	289	

Эти факты безусловно находят себе об'яснение в тех условиях работы, в которых находится наше крестьянство и, главным образом, мужское население. Курение, надо полагать, также не остается без влияния, потому что на долю губ приходится 175 случаев, из которых 162 падает на мужской пол. Значительную роль, может быть, играет раздражение солнечными лучами, чем Dolbey об'ясняет частоту рака лица в Египте. Тихов говорит, что рак лица и нижней губы болезнь исключительно деревенская, лиц, имеющих близкое общение с природой. По Тихову на 600 случаев рака нижней губы 1—2 горожанина. По данным Казанской хирургической клиники рак лица составляет до 60 проц всего числа раков. По Gurtl-Heimann'у (иностранная статистика) от 13—20 проц.

Большинство раков женщин у нас, из 194 случаев 120, приходится на genitalia, вместо 10 случаев на 284 у мужчин. По Virchow'у заболеваемость раком женских половых органов в 6 раз чаще, чем мужских, по нашему же материалу в 12 раз. По Weinberg'у у женщин, занимаю-

щихся тяжелым физическии трудом, рак матки почти в 2 раза чаще, чем у женщин, не работающих физически. Частоту рака половых органов у белоруссок мы тоже склонны об'яснить тяжелым физическим трудом, отсутствием хотя бы примитивного гигиенического ухода за genitalia, родами, протекающими в тяжелых условиях, без надлежащей акушерской помощи, и ранним началом работ после родов.

На сколько однако эти об'яснения являются правильными, трудно сказать, если иметь ввиду факт, приводимый тем же Dolbey, по которому раки матки в Египте очень редки, хотя женщины там рано выходят замуж и часто рожают.

Рак желудочно-кишечного тракта по нашим данным составляет 17 проц. всех раков, между тем по Dalinger'у 32 проц., по Gfurtl'ю у мужчин 75 проц. всех раков падает на желудочно-кишечный тракт. По Tuffier (1922) у мужчин 70 проц., у женщин 30 проц., по Renaud в Швейцарии 75 проц. у мужчин и 50 проц. у женщин всех раков также приходится на желудочно-кишечный тракт. Такой небольшой проц. раков желудочно-кишечного тракта у нас, повидимому, об'ясняется тем, что наше крестьянское население при заболевании внутренних органов, в особенности желудка и кишек, месяцами на месте лечится от различных катарров и является к хирургу, когда хирургическое вмешательство по меньшей мере бесполезно.

ВЫВОДЫ.

1. Изучение распространения опухолей в Белоруссии должно быть одной из задач медицинского изучения ее вообще и явится первым шагом к началу борьбы со злокачественными опухолями.

2. Частота опухолей в Белоруссии, вообще, не отличается от таковой других местностей СССР.

3. Злокачественные и доброкачественные опухоли, повидимому, распространены почти одинаково с небольшим перевесом в сторону злокачественных.

4. Из злокачественных опухолей $^4/_5$ относятся на долю рака, $^1/_5$ — саркомы.

5. Женщины поражаются опухолями несколько чаще мужчин; этот перевес обусловлен исключительно чрезвычайной частотой поражения genitalia у женщин. Если откинуть опухоли genitalia, то мужчины заболевают опухолями вдвое чаще женщин.

6. Наиболее уязвимой для опухолей частью тела является у женщин genitalia, у мужчин покровы головы и лица.

7. Доброкачественные опухоли поражают равномерно все возрасты; рак преимущественно вторую половину жизни, саркома не есть болезнь исключительно молодого возраста.

8. Рак и саркома лица и головы есть болезнь специально крестьянского населения, преимущественно мужчин.

9. Чрезвычайная частота поражения раком genitalia у женщин-крестьянок, быть может, об'ясняется бытовыми условиями.

10. Редкость поражения желудочно-кишечного тракта останавливает на себе внимание и подлежит дальнейшему изучению. Возможно, что дело идет об отсутствии на местах ранней диагностики и поздней обращаемости за хирургической помощью.

11. Распространение правильных сведений о раке, его опасности и его начальных признаках должно быть внесено, как одна из задач, в общую профилактическую и санитарно-просветительную работу Н. К. З.

О редких заболеваниях сосудистой системы конечностей.

Факультет. хирургич. клиника БГУ. Дирек.—проф. С. М. Рубашев.

Проф. С. М. Рубашев и ассистент клиники д-р С. И. Лапидус.

Наряду с сравнительно хорошо знакомыми опухолями сосудистой системы, имеются заболевания последней врожденного характера, которые, благодаря своей редкости, изучены значительно меньше. Это обстоятельство заставляет нас опубликовать наблюдавшиеся у нас случаи, тем более, что в русской литературе об описываемых нами заболеваниях имеется данных еще меньше, чем в литературе иностранной.

Случай I.

Сазюк Торентий, 9 лет. Отец и мать здоровы; брат и сестра также. Брат 13 лет умер от «испанки», сестра 4-х месяцев от неизвестной причины. Выкидышей не было. Lues мать отрицает. Мальчик болел скарлатиной, корью и 2 раза воспалением легких, перенес брюшной тиф. Мальчик для своих лет нормального роста, правильного телосложения, учится хорошо. При исследовании никаких отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено.

Под левой лопаткой, во всю ее величину и в подмышечной впадине, распространяясь до мамилярной линии, имеются врожденные багрового цвета пятна, исчезающие при давлении, но сейчас же появляющиеся опять. Вся левая рука покрыта сплошными пятнами такого же цвета (за исключением передней стороны плеча). Левая рука на вид толще правой, пальцы левой руки, приблизительно, на 1 см. длиннее пальцев правой руки и в окружности на 1 см. толще

Год тому назад он получил удар в области локтя IV пальца этой же руки. Ноготь сошел; образовалась незаживающая язва, по поводу чего он и обратился в амбулаторию хирургической клиники.

Случай II.

Чучвал Нина, 10 лет. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя Никаких болезней сама не перенесла. Когда ребенку было $1^{1}/_{2}$—2 года, мать заметила на правой ладони небольшое синее пятнышко; другие такие же пятнышки—на передней поверхности локтевого сгиба. С каждым годом эти пятна постепенно увеличивались. От них стали распространяться вверх, захватав часть плеча и лопатки, синие извилистые полосы. Рука иногда опухала без видимой причины от кисти до локтя, появляются сильные боли. Очень часто бывают боли во всей руке, особенно в пальцах.

Вся правая рука на вид несколько толще левой. На пальцах имеется припухлость мягкой консистенции, флюктуирующая и исчезающая при надавливании. Кожа над припухлостями истончена, местами синего, местами темно-красного цвета. Такого же рода опухоль имеется с наружной стороны olecrani. На предплечье, особенно на локтевом сгибе, плече и лопатке имеются синие полоски сильно извитые расширенные вены и пятна.

Случай III.

Мальчик А., 6 лет—сын здоровых родителей; в анамнезе никаких особых данных указать нельзя. Мальчик хорошего питания и телосложения; умственно хорошо развит. Вскоре после рождения мать обратила внимание на ненормально расширенные вены левой нижней конечности, преимущественно в области бедра. По мере роста расширенные вены увеличивались, но не причиняли ребенку никаких неудобств. Ребенок начал ходить во-время, но к 4 годам левая ножка стала быстрее уставать, иногда ребенок жаловался на боли в ней. К этому же времени можно отнести начало прихрамывания, которое постепенно стало увеличиваться.

В момент исследования на левой конечности ребенка было обнаружено следующее: левая ножка длиннее правой на 2 см. Удлинение за счет бедра. Левое бедро толще правого. По внутренней и наружной поверхности бедра имеются извитые расширенные вены с образованием варикозных узлов, расположенных преимущественно по наружной стороне. Над внутренним мыщелком бедра ясно очерчивается припухлость, которая при исследовании оказывается мягкой, легко сжимаемой опухолью, почти исчезающей при подымании ноги. На рентгеновском снимке—удлинение бедренной кости, при одновременном утончении ее.

В первом случае главным характеризующим моментом является наличие множественных сосудистых образований типа телеангиэктазий и гипертрофия периферических отделов конечностей. Наклонность ангиом к множественности—явление довольно обычное, и в самом этом факте исключительного ничего нет. Случаи, подобные нашему, известны в литературе и *Корнман* перечисляет 13 авторов (до 1913 г.), описавших подобные случаи. Главный интерес их заключается в том, что „почти во всех случаях, кроме сосудистого пятна, были найдены неправильности роста организма, преимущественно гипертрофический рост костей.“

Совместное существование двух этих страданий привело даже к созданию живого симптомокомплекса под названием naevus variqueux osteoplastique hypertrophique. Danlos, Apert и Flandin описали у одного больного „громадные множ. сосудистые опухоли, преимущественно слева; у него же они нашли рассеянные расширения вен и гипертрофию костей скелета, соответственно расположению сосудистых опухолей“.

Вместе с тем, нельзя не обратить внимания на отмеченные не так, правда, часто случаи, где у одного и того же больного встречались наряду с множественными гемангиомами множественные энхондромы, причем и те и другие поражали одну и ту же конечность. Это обстоятельство действительно заставляет думать о возможности какой-то неправильности в развитии мезенхимы, так как ангиомы принадлежат к опухолям, развивающимся из врожденных зачатков.

Что касается другого предположения—об усилении роста костей под влиянием большого притока крови, то, пожалуй, в этом случае можно было бы такую возможность отрицать, ибо ничто не указывало на этот усиленный приток. Необходимо указать, однако, на случай Вагнера, который в 1893 г. описал рацемозную артериальную ангиому указательного пальца правой руки; причем палец представлялся утолщенным (последнее обнаружилось только на 17 году жизни) и на нем были из‘язвления. Расширение сосудов пальца и повышенная T^{0}, по мнению *Вагнера*, вполне об‘ясняли усиленный рост тканей. Из‘язвление пальца *Вагнер* рассматривает, как трофическое расстройство в результате прорастания нервов по образованными сосудами и их сдавлением: этим *Вагнер* об‘ясняет и сильные боли в пальце.

С внешней стороны наш случай напоминает случай *Вагнера*.

Среди разнообразнейших форм, о которых говорят *Корнман* и Sonntag, приходится остановиться на формах: angioma racemosum venosum флебогенной ангиомы, флебэктазии.

Флебогенные ангиомы описаны рядом авторов, причем характерным для них являлось их множественность и расположение опухолей по ходу подкожных вен. При этом установлена связь этих опухолей с подкожными венами или их стенками. То обстоятельство, что эти опухоли легко сжимались и содержимое их выдавливалось почти совершенно, заставляло думать, что они находятся в широкой связи с просветом вен и, повидимому, те флебогенные ангиомы, как они описываются, не совсем совпадают с картиной болезни в нашем случае.

Петровым в его классификации гемангиома, среди группы Haemangioma maturans указан особый вид гемангиом, которые описаны, как кистовидные полости, открывающиеся в просвет большой вены. Он называет их Haemangioma venosum cysticum, причем другие авторы дают им же название флебомы или веномы.

Повидимому, на таком представлении можно было бы остановиться, поскольку дело идет об опухолевидных образованиях, но этим не об‘ясняется наличие извитых и расширенных вен.

Наличие расширенных и извитых вен, развивающихся без каких бы то ни было моментов механического характера в раннем детском возрасте, может заставить нас сделать три предположения: 1) мы можем иметь дело с врожденным страданием; 2) заболевание сосудов может быть результатом какой-нибудь общей причины, в частности, иметь нейротрофическое происхождение; 3) возможно предположение об опухоли, растущей из врожденного зачатка. Первое предположение в его чистом виде приходится оставить, т. к. страдание, имея несомненную связь с врожденными зачатками, имеет определенную тенденцию к развитию. Поэтому нам приходится обращаться к двум другим возможностям, из которых трофонейротический момент не исключает опухоли, т. к. связь между расстройствами со стороны нервной системы и генезом опухоли становится в настоящий момент почти несомненной. Если под ангиомой понимать новообразование из сосудистого зачатка, то нет оснований отрицать возможность, что перед нами особый вид ангиомы—angioma racemosum venosum, комбинированная с кистовидными расширениями (venoma). Angioma racemosum следует определить, как расширение и удлинение сосуда со всеми его ветвями; arteriale, если это касается артерии и venosum, если дело идет о вене. Angioma racemosum arteriale рядом авторов исключается из состава опухолей на том основании, что при ней дело идет не о новообразовании сосудов, а только о расширении и изменении предшествующих. Мы не будем останавливаться на этом пункте, т. к. большинство авторов все-таки причисляет их к опухолям. Angioma recemosum arteriale чаще всего бывают на голове, покровах черепа; реже они располагаются на конечностях преимущественно верхних. Среди этих форм описаны такие, в которых принимали участие артерии предплечия по всей их длине Angioma racemosum venosum описываются значительно реже, причем локализацией наиболее, повидимому, частой является головной мозг. Их макроскопическая картина такова: на сравнительно небольшом пространстве, до ладони, имеется конгломерат многочисленных извитых вен, расширенных иной раз до толщины мизинца. Наше предположение, следовательно, заставило бы полагать, что angioma racemosum venosum располагается не только в мозговых оболочках, но и в подкожной клетчатке конечностей.

Флебэктазии описаны Bockenheimer'ом, затем Sonntag'ом; кроме флебэктазий, наблюд ются флебартериэктазии. Sonntag считает их происходящими из врожденных зачатков и развивающимися спонтанно, без видимой причины. Наши случаи по описанию очень напоминают те, которые описаны Sonntag'ом. При этом страдании также описано удлинение конечностей, в литературе до 5½ с. (до 3 сант. разницы). Он считает это страдание врожденным (неправильн. закладка сосудист. участка). Но интересно, что возраст лиц, обращавшихся за помощью—между 40 и 50, хотя, начало у всех с детства.

Если бы мы попробовали разобраться в вопросе о существе и генезе указанного страдания, то перед нами вырисуется рад фактов с одной стороны твердо установленных, с другой стороны—недостаточно ясных и определенных. К числу фактов несомненных относятся следующие: 1) врожденный характер страдания; 2) отсутствие новообразования сосудов, а лишь гипертрофия и расширение предсуществующих. Эти данные позволили бы отнести указанное заболевание к тем изменениям, которые нам известны по отношению к другим тканям и органам, где на почве определенного врожденного или приобретенного фактора наблюдается гипертрофия соответственной ткани. Вопрос осложняется, однако, наличием других моментов, приближающих указанное страдание к опухолям: 1) множественные простые гемангиомы кожи; 2) кистовидные рас-

ширения—флебомы, причисляемые, по *Петрову*, к опухолям; 3) еще не решенный спор о месте рацемозных ангиом в классификации сосудистых страданий, все это заставляет считать вопрос еще далеко не решенным. Несомненно, большим препятствием в смысле разрешения вопроса является отсутствие патолого-анатомических исследований, ибо об'екты не подвергаются ни оперативному удалению, ни дают секционного материала. Наш взгляд склоняется в сторону признания опухолевидного характера этих сосудистых заболеваний.

Замечающийся часто увеличенный рост при этом заболевании дал повод некоторым авторам считать аномалию сосудистой системы причиной этого явления. Эти авторы полагают, что, благодаря расширению сосудов, происходит усиленный подвоз питательного материала и, следовательно, усиленный рост. Это об'яснение как будто должно найти подтверждение в том факте, что частичный рост происходит в те годы, когда, вообще, имеется рост организма и, понятно, увеличенный подвоз питания к органу вызовет его больший рост в сравнении с другими.

Но, если исходить из этой точки зрения, становится непонятным незаживание язвы во 2-м нашем случае. Незаживающие язвы при частичном росте отмечены и другими.

При язвах трофического характера при помощи операции Leriche'а удается вызвать ее заживление, благодаря усиленному притоку крови, который как будто бы у нас уже имеется со дня рождения, а вместе с тем язва не только образуется, но, раз образовавшись, не заживает. Кроме того, если бы это было действительно так, мы бы скорее всего имели бы разростание при артериальной ветвистой ангиоме, где действительно имеется подвоз артериальной кровью увеличенного питательного материала, а вместе с тем это не наблюдается.

Другие авторы этиологическим моментом частичного роста и образования язвы считают повреждения нервной системы. Так Schulter описывает случай частичного роста после детского паралича; Gregor нашел в одном случае увеличение зрительного бугра, *Русаев* отмечает в одном случае частичного роста, где имелись расширенные сосуды, на рентгене расщепление дужек и считает, что спинно-мозговые нервы претерпевают изменения в виде спаек у места своего выхода из твердой мозговой оболочки, и это вызывает рефлекторно определенные раздражения, которые идут к центру роста или трофическим центрам, вследствие чего и происходит своеобразный рост и трофические расстройства. В 2-х, из его случаев частичного роста без изменения со стороны сосудов, он мог еще отметить изменения со стороны желез внутренней секреции. Так, в одном случае увеличение gl. thyreoidea, в другом—уменьшение придатка. В наших случаях видимых отклонений от нормы со стороны эндокринных желез нами не отмечено.

Возможно, что вышеуказанные явления, сопровождающие расширение вен, зависят от сдавления расширенными сосудами и опухолями периферических нервов. Этим также можно об'яснить появление в момент сильного разрастания вен болей.

Со стороны наследственности у нас также нет никаких указаний, хотя наследственность некоторыми отмечается, как этиологический момент.

Для лечения этих сосудистых аномалий применялось бинтование конечности; перевязывали приводящую артерию, чтобы уменьшить приток питательного материала; но это не всегда вело к результату. Sonntag описал недавно удачно проведенный случай.

Так как это заболевание часто не причиняет особых расстройств, лучше не прибегать к лечению. И только в тех случаях, когда рост идет быстро в сопровождении сильного разростания жировой ткани, Busch, Fischer и др. советуют возможно рано и радикально оперировать. Sonntag указывает далее на то, что иногда кровотечения, инфекции и т. п. осложнения требовали даже ампутации конечности.

ВЫВОДЫ:

1) Среди заболеваний сосудистой системы гипертрофического типа следует выделить особые системные заболевания, поражающие целую конечность и заключающиеся в комбинации расширенных, извитых вен с множественными простыми ангиомами или кистозными флебомами.

2) Эти заболевания имеют, повидимому, врожденный характер, развиваются с детства, весьма часто не причиняют больным никаких страданий.

3) Соединение их с настоящими ангиомами заставляет признать и за ними опухолевидный характер, причем по своим особенностям они могут быть классифицированы как angioma racemosum venosum.

4) Как правило, эти заболевания сопровождаются гипертрофией конечностей в смысле увеличения об'ема и удлинения. Эта гипертрофия является в одних случаях проявлением того же расстройства роста мезенхимы, как и аномалия сосудов; с другой стороны, она может быть результатом трофо-нейротического расстройства, связанного с гипертрофией сосудов.

5) На участие трофо-нейротического момента указывают появляющиеся нередко незаживающие язвы на периферических отделах конечности.

6) Невыясненность целого ряда вопросов в области указанных сосудистых заболеваний заставляет внимательно изучать каждый встречающийся случай.

Об острых гематогенно-метастатических, бактерийных дерматозах; пиэмический дерматоз, вызванный палочкой сапа.

Профессор Белорусского Государственного Университета.

Д-р В. Ю. Мронговиус.

Под гематогенными дерматозами надо понимать те заболевания кожи, при которых болезнетворное начало заносится током крови непосредственно в кожу и тут вызывает соответствующие явления; этим патогенным началом могут служить или микроорганизмы, или растворимые в крови вещества, происшедшие эндогенно и вызывающие аутоинтоксикации, и происшедшие экзогенно и вызывающие токсические и медикаментозные дерматозы.

При тех инфекционных болезнях, при которых эндогенное происхождение свойственных им дерматозов несомненно, гематогенно инфекционная природа кожных высыпаний доказывается прямым нахождением в кожных эффлоресценциях возбудителей болезни, при тех же болезнях, возбудитель которых неизвестен, резкая заразительность кожных явлений, по Ядассону, указывает на гематогенное происхождение инфекции. Так не подлежит никакому сомнению, что бледная спирохета в широких кондиломах гематогенно вызвала образование этих эффлоресценций, так же как и неизвестный нам возбудитель оспы вызывает гематогенно образование в высшей степени заразительной оспенной пустулы.

В 1893 году Фингер опубликовал случай erythema papulosum et pustulatum, erythema haemorrhagicum и случай pseudofavunalosis а в подкожном жировом слое; случаи им названные dermatitis pyaemica, в эффлоресценциях которых он нашел гноеродные бактерии; этим он поколебал учение об ангионеврозах.

Далее Ядассон опубликовал в 1904 г. случай с генерализованным стафилогенным пустулезом, при пиэмии после фурункула, далее случай пиэмии с пустулами и узлами, похожими на эритема нодозум, в глубине которых были найдены стафилококки, и третий случай: криптогенетический arthritis purulenta staphylomicotica с высыпью похожей на узлы эритема нодозум, в глубине которых найдены во множестве стафилококки. К пиэмическим дерматозам принадлежат также и высыпания при лепре, при сапе, а также целый ряд туберкулезных заболеваний кожи; как об'яснить нахождение tbc—палочек в эффлоресценциях множественного экзантематического lupus'a, при lupus verrucosus, при остром миллиарном туберкулезе кожи, при рассеянных gommes scrophuleuses?

Целый ряд авторов, начиная с Видаля в 1892 году (Philippson, Thilerge u Ravunt, Heller, Leichtenstein, Pelageti, Meier, Gaucher u Druelle описали такие случаи и подтвердили, несомненно, гематогенное происхож-

дение Коховских палочек в таких эффлоресценциях, по аналогии с сифилитическими язвами голени. Ядассон указывает, что туберкулезные язвы голени, несомненно, гематогенного происхождения, причем указывает на узлы erythem'ы nodosum, как на задолго предшествующую стадию распадения узлов в туберкулезные язвы.

Несомненно также гематогенного происхождения и гонорройные дерматозы, как это доказали исследования Scholz'a, Frank'a, Schuitz'a, Paulson'a и др., а также метастатические перелойные кон'юнктивиты, что доказано Javu и Senet, Manulescu, Davids.

Проф. Френкель в своем докладе Берлинскому дерматологическому Обществу в 1914 году приводит следующие группы остро-пиемических дерматозов-метастозов в коже: во-1) метастатические стафиломикозы кожи при endocarditis maligna mitralis, при osteomyelis acuta purulenta, endocarditis maligna aortica, при пуэрперальной лихорадке, во-2) метастатические стрептомикозы кожи при пуэрперальной лихорадке, при стрептококкемии после кори.

3) Метастатические дерматозы при пневмонии, вызванные бациллой Friedländer'a

4) Дерматозы, вызванные бациллой Pyocyanens.

5) Roseola typhi abdominalis.

6) Roseola typhi exantematici.

Unna в 1895 году описал оспенно-образную экзантему, как phlyctaenosis staphylogenos. Philippson в своей работе в 1900 году об эмболиях и метастазах в соб. коже доказал, что гематогенные воспаления вокруг кровеносных сосудов являются первичным явлением, которое предшествует явлениям в эпидермисе и переживает их.

Укажу еще на работы Merk'a, Werther'a, Geher'a, Ledermann'a, Lenhartz'a. Разбираясь во всех этих случаях, мы должны притти к следующим результатам: как острые, так и хронические инфекционные болезни производят метастазы в коже, причем одинаково, как те болезни, для которых кожа служит излюбленным местом поражения, например: сифилис, проказа, оспа, сап, так и те, которые редко поражают кожу, напр.: гоноррея.

Некоторые из этих болезней можно легко получить прививкой в кожу, напр.: сифилис, стафило—и стрептомикозы, сап, прививка других удается крайне редко, напр.: гоноррея. Экзантемы при них то имеют более хроническое, то более острое течение, не только в зависимости от основного процесса и от возбудители болезни, но и от числа бактерий, занесенных в кожу. Экзантема имеет склонность диссеменироваться, она полиморфна, как у разных индивидуумов, так и у одного и того же индивидуума, хотя в последнем случае она чаще мономорфна.

Интенсивность высыпаний может колебаться от незначительной розеолы до диффузного дерматита, от поверхностно лежащей папулы до глубоко лежащих похожих на эритема нодозум узлов, от пустулы до подкожного абсцесса от миллиарной пурпуры до диффузной геморрагической суффузии, от незначительной поверхностной некротической корочки до глубокой гангрены.

Мерк, который всем кожным метастазам пиэмического происхождения дает название пиэмидов, разделяет клиническую картину их на следующие группы: 1) обыкновенная эритема, 2) пурпура, иногда пурпура папулеза, 3) эритема папулезум, иногда похожая на нодозум, 4) пустулезный пиэмид, 5) везикуло-пустулезный пиэмид. Lenhartz делит бактерийное воспаление кожи на следующие группы:

1) Эритемы, рожеподобные, большие ярко красные, мелкие коре-подобные, уртикария-подобные пятна.

2) Кровоизлияния мелкие и распространенные, часто симметричные, появляющиеся обыкновенно в последние дни жизни.

3) Пузырьки, пустулы, пемфигоподобные высыпания, последние нередко сопровождаются эритемами и кровоизлияниями, особенно часто пузыри наполненные кровью, далее большие пузыри, некрозы и мацерация эпидермиса, как у трупов утопленников. Профессор Вертер ставит диагноз пиэмидов там, где во 1-х одна и таже бактерия служит причиною общего заболевания и кожной высыпи и, во-вторых, где кожное заболевание вызвано вторичной инфекцией, напр.: стрептокковые метастазы в виде пурпуры при дифтерии, абсцессы при тифе и т. д.

Диагноз пиэмического дерматоза, или пиэмида, тогда должен считаться правильным, когда бактерия, вызвавшая заболевание, найдена в кровеносных сосудах, как больной кожи, так и вообще в крови. Нахождений бактерий в крови, однако, не так легко. Иногда посев из крови дает положительный результат в то время, как в тромбах никаких бактерий не находят. По мнению Гебера, в тяжелых случаях сепсиса только в половине случаев при жизни можно доказать присутствие бактерий в крови между тем, как в крови трупов бактерии находят не менее чем в 95%; живая кровь имеет большое бактерицидное свойство и может уничтожить бактерии.

За бактерийную причину кожного воспаления при бактерийном общем заболевании, по мнению Вертера, говорят в общем следующие обстоятельства: 1) сильная лихорадка, новое высыпание, сопровождающееся новым повышением температуры и опуханием селезенки, 2) выступление крови под кожу и некроз, хотя бы в виде незначительных центральных, 3) одновременное заболевание слизистой оболочки кишек, дыхательных органов, почек и серозных оболочек.

Однако, как видно из истории болезни других авторов, эти три условия, которые выставляет Вертер, не всегда обязательны для пиэмидов; острое бактерийное заболевание кожи гематогенного происхождения (а только о таком идет здесь речь) может быть без увеличения селезенки, без некрозов, без кровоизлияний под кожу и без поражения слизистых оболочек (в случае Гебера, Ледермана и др.). Филиппсон первый для метастатических заболеваний кожи пытался установить некоторые законы на основании своих исследований и исследований других авторов. Так Филиппсон, а также Гебер при острых пиэмидах, Александр при туберкулидах, Бляшко, Гофман, Жюльен при сифилисе находили тромбофлебитические узлы, похожие на узлы при эритема нодозум. Ядассон вместе с Лебет наблюдали случай lupus pernic, сопровождавшийся plaques похожим на эритема-индуратум и большим венозным тяжем, туберкулезно-измененным, длиною в 3 сант. на предплечии, и этим доказали, что при пиэмидах заболевают вены.

Дальнейшие исследования невполне подтвердили эти наблюдения. Так Френкель на основании большого материала говорит только о поражении артерий; из 4-х случаев Вертера в 2-х были поражены артерии, в других 2-х вены; в 2-х случаях Ледермана говорится о поражении кровеносных и лимфатических сосудов. По мнению Ядассона, дело в том, что в громадном большинстве случаев тромбозируются мельчайшие веточки кровеносных сосудов, прекапилляры и капилляры, где трудно разобраться к какому отрезку,—венозному или артериальному принадлежат данные сосуды. Кроме того, на основании мнения высказанного Нейсером при phlebitis migraus Alexandr'ом при глубоких туберкулидах и особенно Finger'a при пиэмической экзантеме. Ядассон допускает возможность поражения vasa vasorum, но с другой стороны могут быть поражены и большие вены подкожной клетчатки, которые образуют или узлы, или, что реже,

более или менее длинные флебитические тяжи. В последнем случае ни возбудитель, инфекции, ни индивидуальность больного не играют никакой роли; здесь имеет, повидимому, значение только локализация, ибо эти глубокие метастазы располагаются, вследствие затруднения кровообращения, на конечностях и особенно на нижних конечностях.

Филиппсон также обратил внимание на то, что возбудители инфекции, занесенные гематогенным путем в кожу, причиняют менее значительные расстройства, чем действующие экзогенно. Так Ядассон приводит два случая пиэмических дерматозов, где узлы рассосались; узлы эти при гистологическом исследовании совершенно соответствовали узлам при стафилококковых абсцессах. То же самое можно сказать о гонококковом дерматозе, где Scholz наравне с многочисленными рассасывающимися узлами, видел гонококковые абсцессы, далее обратное развитие целого ряда узлов при миллиарном рассеянном туберкулезе кожи, а также доброкачественное течение рассеянной волчанки после острых высыпаний. Все это говорит в вышеприведенном смысле; как аналогия к этому, можно указать на значительно более легкое проявление розеолы и папул при сифилисе в сравнении с твердым шанкром. Конечно, здесь, в общем, допустимы многочисленные исключения.

Далее следует обратить внимание на склонность гематогенных дерматозов к геморрагическим воспалениям, последние бывают и при подкожных гонорройных абсцессах, что приписывается, как гематогенному происхождению абсцессов, так и особенно в тяжелых случаях, геморрагическому диатезу.

Гематогенные инфекции кожи иногда выявляют склонность к массовым некрозам и размягчениям; это касается особенно глубоко лежащих гематогенных инфекций, так узловатый сифилис гораздо чаще распадается, чем папула из'язвляется; можно еще указать на папуло-некротические эффлоресценции при гонорейных метастазах (в случае Scholz'a), на рассеянные холодные абсцессы, на некрозы при инфекциях pyocyaneus'om и на множественную гангрену.

Считаю здесь уместным привести положение Проф. Френкеля о кожных метастазах, которыми он закончил свой доклад Берлинскому Дерматологическому Обществу:

1. При стафиломикотических кожных метастазах гнойные процессы играют главную роль, но они не единственное проявление на коже; могут появиться, особенно в начале, быстро исчезающие эритемы, с образованием волдырей или без таковых, геморрагические явления, а также узлы, похожие на узлы эритемы нодозум.

2. Стафилококковые метастазы кожи дают гораздо более полиморфные высыпания, чем стрептококковые.

3. Гнойные кожные метастазы при общих стрептококковых инфекциях бывают только в виде исключений, чем они и отличаются от стафиломикозов.

4. Предрасположение к заболеваниям кожи через кровь, значительно меньше при стрептококковой, чем при стафилококковой инфекции.

5. Отдельные виды стрептококков (Str. haemoliticns, str. viridans s. misior) причиняют, повидимому, неодинаковые метастазы.

6. Кожные заболевания, вызванные bac. pyocyaneus, будь то гематогенного или эктогенного происхождения геморрагически—некротического характера и происходят вследствие расположения возбудителя болезни в стенках кожных сосудов, в частности в стенках артерий.

7. Бацилла Фридлендера располагается, повидимому, экстра—васкулярно, в глубочайших слоях cutis et subcutis и обусловливает уже макроскопические характерные изменения, которые находятся в связи с способностью возбудителей образовать слизистые капсулы.

8. Геморрагические состояния кожи и подкожной клетчатки при дифтерите зева часто воспалительного характера, и, повидимому, токсического происхождения.

9. Roseola typhosa происходит вследствие поселения тифозной палочки в капиллярах сосочкового слоя и pars reticularis cutis и не должна быть рассматриваема, как обыкновенная гиперемия кожи; процесс состоит здесь из припухания сосочков кожи, расслабления связи между папилярным слоем и эпидермисом и некрозом последнего.

10. При roseola typhi exanthematici происходит тяжелое заболевание маленьких артериальных разветвлений кожи, которое в некотором отношении напоминает periarterirtis nodosa, но не идентична с ней.

11. При упомянутых выше метастатических заболеваниях кожи бросается в глаза тесная зависимость кожных явлений от природы возбудителя болезни.

12. Возбудители болезни действуют поражением кожных артерий и капилляров, не задевая особенно вены.

13. Разница в действии бактерий на кожу при гематогенном и эктогенном внедрении об‘ясняется тем, что при эктогенной инвазии происходит непосредственный контакт между бактериями и тканями, между тем, как при гематогенной стенке сосудов является разделяющим слоем между бактериями и тканями кожи.

Следует обратить особенное внимание на 11 п. этих положений, который гласит, что явления на коже находятся в тесной зависимости от возбудителей болезни, другими словами, каждая бактерия имеет свои отличительные, от других кожные высыпания (я понимаю высыпания, как в макроскопическом, так и в микроскопическом смысле); по этим кожным явлениям в будущем, когда вопрос будет более детально изучен, можно будет поставить точный диагноз, а не ограничиваться словами сепсис, пиэмия, септицемия и проч., далее гистологическая картина эффлоресценции не только подтвердит наш диагноз, но и даст нам указания для прогноза; и теперь нам известно, что высыпания при острых инфекционных болезнях, принимающие геморрагический характер, дают плохой прогноз; не даст ли нам в будущем гистологическая картина высыпи возможность заранее предугадать это тяжелое течение болезни, что заставит нас своевременно принять энергичные меры для спасения больного.

Если, таким образом, многие гематогенные дерматозы об‘ясняются поселением бактерий в коже, то можем ли мы, вообще, отрицать существование чисто токсических кожных процессов микробного происхождения.

В этом отношении мы все интересующие нас болезненные формы должны разделить на такие, которые безусловно заразительны и такие, инфекционную природу которых можно только предполагать. К 1-й группе относятся пиэмически-септицемические заболевания, дифтерия, другие острые инфекционные болезни и туберкулез, ко 2-ой группе: erythema exsudativum multiforme et nodosum и некоторые редкие болезни, как impetigo herpetiformis; если мы оставим без внимания ангиневротическую теорию, то из многочисленных исследований нам ясно будет, что при пустулезных, узловатых, при многих геморрагических экзантемах мы имеем дело с гематогенно инфекционными дерматозами. Как уже сказано, ста-

филострептококки и другие бактерии находили в сосудах сосочкового слоя кожи, найдены воспалительные изменения в сосудах кожи и подкожной клетчатки, б. ч. в связи с образованием тромбов.

Далее для решения этого вопроса в том или другом направлении может быть использовано то обстоятельство, что, наприм.: в гонорройных артритидах гонококки очень быстро умирают, что при, повидимому, одинаковых пиэмических или гонорройных экзантемах только отдельные эффлоресценции превращаются в абсцессы, а другие без следа исчезают, то обстоятельство, что убитые туберкулезные бациллы или даже остатки их могут производить туберкулезную ткань.

Только положительный результат исследования кожи имеет значение, отрицательный—еще не говорит против присутствия бактерий в ткани; по мнению многих авторов, (Unna, Hallopeau Jadassohn и др.) бактерии, попавшие в кожу именно гематогенными путем, очень легко погибают, так что, когда мы эффлоресценции, т. е. продукты реакции кожи на внедрение микробов, подвергаем исследованию, микробы благодаря этой реакции могут быть уже уничтожены.

В этом смысле надо понимать и то обстоятельство, что при более продолжительном течении таких пиэмических дерматозов, иногда никакого нагноения не бывает, или очень поверхностное, в то время, как тот же самый вид бактерий оказывается очень злокачественным для всего организма и, если он попадает в кожу извне, весьма часто вызывает действительно гнойное разрушение.

Благодаря этому именно доброкачественному течению некоторых эффлоресценций, при тяжелых общих инфекциях, возникает, по мнению Ядассона, вопрос, не имеем ли мы и при т. н. идиопатических болезнях, как erythena exsud tivum multiforme et erythena nodosum с неизвестным возбудителем, тоже дело с ослабленным пиэмическим дерматозом приблизительно так, как Sane считал острый суставной ревматизм, как ослабленную пиэмию. Этот вопрос ни отвергать, ни решать его в положительном смысле еще нет достаточных данных.

Филиппсон в одной из последних своих работ высказывает мнение, что эмболии сосудов могут иметь последствием две различные картины болезни; получается или скоропроходящее расстройство сосудов, или более стойкое; в первом случае, по его мнению, образование преходящих эритем он об'ясняет тем, что вместе с бактериями эмболически попадают в кожу и бактериолизины, при отсутствии же последних, бактерии получают возможность обосноваться в тканях и образовать тканевые новообразования, например; лепромы, волчанку и т. д.

Но есть еще и другие гематогенные и действительно гнойничковые дерматозы, в которых не удается доказать присутствие гноеродного возбудителя, эффлоресценции которых оказываются стерильными и этиология которых нам еще совершенно неизвестна. Сюда относится impetigo herpetiformis, болезнь преимущественно беременных женщин, которая, благодаря своим множественным пустулам и злокачественному с высокой температурой течению, совершенно производит впечатление тяжелой инфекции, но в виду стерильности эффлоресценции и по аналогии с другими менее тяжелыми дерматозами беременных (herpes gestationis), не может быть исключена и токсикодермия. Сюда же относится acrodermatitis continna suppurativa Hallopeau—гнойничковый дерматоз с тяжелым хроническим течением, начинающийся на пальцах нижних конечностей, размягчением ногтей, сопровождающийся высыпанием пустулезных групп на других частях тела, высокой температурой и т. д. Ядассон при исследовании пустул нашел их стерильными. Сюда же относятся гнойные эффлоресценции при pemphigns vegetans.

Остановлюсь еще вкратце на токсических гематогенных дерматозах, экзогенного происхождения, а именно на медикаментозных и на эндогенных, аутотоксических заболеваниях кожи.

Эти токсикодермии считались долгое время прототипами ангионеврозов и, главным образом, прототипами ангионеврозов центрального происхождения. Против этого взгляда, особенно в вопросах о медикаментозных дерматозах высказался уже Köbner в 1877 году, затем Bärensprung, Mibelli, Wichselman, но в лице Zewim'a, Besnier и Kaposi. Учение об ангионеврозах нашло энергичную поддержку; поколебало учение о центральных ангионеврозах наблюдение, что одно и то же лицо заболевало одной и той же формой высыпи по разной интенсивности, как от внутреннего, так и наружного применения лекарства.

Ядассон доказал, что иодоформ кожу идиосинкразических индивидуумов только тогда свойственной ему формой раздражает, когда он приходит в соприкосновение непосредственно с кожей, те же люди, которым иодоформ вводили внутрь, или осторожно применяли под кожу или на слизистую оболочку, совершенно не реагировали на это (по последним исследованием Bloch'а здесь идет дело о целлюлярной аллергии в эпителиальных клетках эпидермиса, и не против иодных атомов или молекул иодоформа, но против остатков methina или methana в иодоформе).

Далее Ядассон доказал, что есть люди, которые против наружного применения ртути реагируют дерматитом, внутренне же или подкожно хорошо переносят, но нет таких людей и не было такого случая, при котором ртуть при подкожном и внутреннем применении переносили плохо, а наружном хорошо. Трудно себе представить, говорит Ядассон, чтобы ртуть, примененная снаружи, могла воздействовать на вазомоторные центры именно данного места, между тем, как ртуть, примененная внутрь и часто в большом количестве, никакого влияния на центры не оказывала.

На сколько эти данные можно распространить на все медикаменты, еще вопрос открытый. Этими данными также об'ясняется почему химические вещества, занесенные током крови, действуют нежнее, чем примененные снаружи.

Apolant по отношению к антипирину доказал, что антипириновые высыпи можно об'яснить только гематогенным воздействием антипирина на кожу, т. е., что антипирин попадает в кожу и, раздражая кожу, вызывает энзантемы.

Таким образом, область дерматозов, о которых думали, что они центрально-ангионевротического происхождения, значительно сузилась по отношению, во 1-х инфекционных гематогенных дерматозов, присутствием в самой коже возбудителей болезни и, во 2-х, для токсических дерматозов, в частности, лекарственных—присутствием в коже токсических начал.

Но можно было в последнем случае еще предполагать, что токсические начала влияют на периферическую вазомоторную систему. Если отрицать воспалительный характер токсических дерматозов или допускать, что чистые ангионеврозы могут вызвать воспаления. Надо считать доказанным, что erythema exsudativum multiforme et nodosum являются воспалительными процессами в самом настоящем смысле этого слова, при них не более данных ссылаться на вазомоторы, чем при всяком другом воспалении. Это доказал Крейбих, а в последнее время Гебер своими гистологическими исследованиями.

Philippsohn и Török считают все эритемы, за исключением психических—воспалительными процессами.

Туберкулиновые экзантемы, эритемы после впрыскивания стрептококковой и дифтерийной сывороток, Ядассон определил, как воспалительные процессы; также определил Мибелли антипириновую сыпь, Энгман—салициловую и Гофман—ртутную высыпь.

Воспалительный процесс авторами описывается, как периваскулярный. Большинство, действительно, токсических дерматитов локализуется, как и большинство инфекционных дерматитов вокруг поверхностных сосудов кожи. В единичных случаях, когда образуются узлы, напр.: узлы после иодистого калия, процесс локализуется глубоко в коже.

Andry описывает эндо-и периваскулярные глубокие изменения при гангренозном процессе после иодистого калия; Ядассон указывает также на подагрические флебиты.

Таким образом, исследования большинства авторов доказали, что и многие токсическо-гематогенные эритематозные дерматозы представляют собой воспалительные процессы, тем не менее Ядассон полагает, что, не считая аффектэритем и amylnitrit—эритем, все-таки есть токсические эритемы без всяких признаков воспаления.

Одно верно: токсические медикаментозные, serum-и туберкулин экзантемы, безусловно, воспалительного характера, и ссылаться здесь на центральные ангионеврозы нет никаких оснований; что же касается так называемых аутотоксических эритем, то вопрос относительно их гистологического характера, сколько мне по литературным данным известно, еще не может быть решен, и только по аналогии и по клиническим наблюдениям мы можем считать их тоже воспалительным процессом.

II.

Перехожу теперь к описанию своих двух случаев: первый из них я наблюдал в хирургическом отделении 4-й Сов. больницы в Симферополе [1]).

Больная Д., приблизительно через месяц после искусственного аборта, произведенного далеко не в гигиенической обстановке, почувствовала боль в области fossae iliacae с левой стороны, где через некоторое время оказался ретроперитонеальный абсцесс. Последний был вскрыт 5-го января с. г., при вскрытии абсцесса выделился желтоватый гной с запахом индола; дальнейшее течение болезни проходило нормально вплоть до 17 января, когда температура поднялась до 39,6; вместе с тем появились боль и припухлость в области нижней трети левой голени, а 19 января по всей коже распространилась эритематозно-папулезная, более или менее симметрично-расположенная, сыпь; к 25 января произошло 2-ое высыпание на тех же местах, при повышении температуры до 38,5, а 30-го января третье высыпание при температуре 38,6. В промежутках между высыпаниями температура держалась утром на 37 с небольшой дробью, а вечером на 38 с дробью, после третьего высыпания температура стала литически падать и окончательно пришла к норме только через 20 дней. Селезенка не прощупывалась. В нижней трети голени образовался абсцесс, который был вскрыт 22 января, дальнейшее заживание абсцесса нормальное. Кожа при сильном шелушении очистилась к 15 февраля. Кожные высыпки сопровождались болями в суставах: правом плечевом, правом бедреном, коленном и голеностопном и болями при мочеиспускании. 20 января анализ мочи дал следующие результаты: белка 0,3 pro mille, значительное количество эпителия, лейкоцитов до 15 в поле зрения, 2-3 гиалиновых цилиндра в поле зрения и большое количество палочек. Из гноя ретроперитонеального абсцесса в области левой fossae iliacae выделены палочки в чистой культуре, по своим биологическим свойствам, повиди-

[1]) Подробно изложен в № 3 Русского Вестника Дерматологии 1924 года.

мому, bacterium coli commune, из гноя абсцесса в нижней трети левой голени выделен кокк, не красящийся по Gramm'y. Так как сыпь появилась одновременно с абсцессом на голени, то надо полагать, что эритематозная сыпь вызвана не палочками, а кокками или же двойной инфекцией.

У больной 22 января был вырезан из области верхней трети левой голени лоскут кожи с эритематозной бляшкой, патолого-гистологическое исследование которого дало следующие результаты: epidermis во всем своем протяжении не представляет уклонений от нормы. В некоторых местах близ str. cylindricum можно отметить инфильтрацию, состоящую, как из круглых клеток, так и полиморфно-ядерных лейкоцитов; такая инфильтрация имеет большею частью очаговый характер, иногда тянется короткой полоской через cutis. Cutis ясно утонченный; всюду в нем встречаются разбросанные лейкоциты, отдельные соединительно-тканные клетки с хорошо выраженным ядром и характерной формой тела. Особенно обращают на себя внимание сильно растянутые лимфатические сосуды (мелкие) и капилляры. Все они густо набиты одноядерными клетками и полиморфно-ядерными лейкоцитами. Местами эти элементы образуют значительные инфильтраты по ходу лимфатических сосудов, в особенности в местах их концевых ветвлений. Кровеносные сосуды и капилляры растянуты, в некоторых из них скопление фибриновых сгустков, с отложением пигмента.

Tela subcutana несколько имбибирована. Изменения со стороны сосудов в ней выражены значительно слабее, чем в cutis. Сколько-нибудь значительных участков инфильтрата, указанного выше характера, не имеется.

Общее заключение: общая картина изменений указывает на гнойный дерматит очагового характера; изменения и реактивные явления исключительно выражены со стороны лимфатических и отчасти кровеносных сосудов. Каких-либо бактерий нигде не обнаружено.

Что же говорят нам эти исследования? Если бы была исследована кровь, вопрос решился бы просто, но только при положительном результате исследована не была. В тканях кожи также не были найдены бактерии, но в коже ясно определены резко воспалительные явления с заполнением лимфатических, а также кровеносных сосудов лейкоцитами, с воспалительным пропитыванием ткани; все это говорит за то, что какое-то болезнетворное начало было занесено в кожу током крови и лимфы и проще всего, предполагать, что это были выделенные мной палочки и кокки. Ведь отрицательный результат исследования не говорит еще против присутствия бактерий в тканях.

Нельзя всецело исключить здесь вопрос и о токсинах, которые могли вызвать упомянутые кожные явления, но этот вопрос, как я уже говорил, еще недостаточно разработан.

Все данные клинического исследования и наблюдения говорят за то, что мы здесь имеем дело с пиэмией; общее состояние больной, температурная кривая, трехкратное, хотя и не резкое повышение т-ры, сопровождавшееся всякий раз усилением высыпи и новыми высыпаниями, боли в суставах, белок и цилиндры в моче, боли в пузыре при мочеиспускании —все это говорит за общую инфекцию.

Что же касается кожи в частности, то по своей патолого-гистологической картине она представляет собой гнойный дерматит, хотя во все время течения болезни на поверхности кожи не появилось ни одного гнойничка, ни одной пустулы, и только в период выздоровления появились две пустулки на правой голени, а также пустулка на пальце левой руки и на большой половой губе, с левой стороны.

Что эпидермис на всем своем распространении не представляет уклонений, в этом нет ничего особенного, это обычное явление при пиэмических дерматозах, на что указал уже Филлипсон в 1900 году: гематогенное воспаление вокруг кровеносных сосудов является первичным явлением, которое предшествует явлениям в эпидермисе и переживает их; в данном случае, благодаря сопротивляемости организма плюс лечение, процесс закончился раньше, чем был вторично поражен эпидермис.

Описанный мною случай отличается от многих описанных в литературе тем, что воспалительные явления расположились, главным образом, вокруг и внутри лимфатических сосудов, между тем как кровеносные сосуды поражены сравнительно мало.

Второе отличие от многих описанных случаев пиэмических дерматозов, это его благополучный исход в выздоровление.

2-ой случай: Пустулезно-геморрагический пиэмид со смертельным исходом (кожный сап) из клиники профессора М. Шевандина.

Больной Петр С. 19 лет, уроженец Таврической губ., поступил в клинику 24 апреля с жалобами на боли в левой голени, на рану на ней, на припухлость голени и на боли в левом коленном суставе.

Анамнез: В первых числах апреля сего года на левой голени у больного появился прыщ, немного болезненный, стал увеличиваться и через неделю превратился в нарыв величиною с грецкий орех; больной прикладывал какую то кирпичного цвета мазь и листья подорожника; за неделю до поступления в клинику нарыв вскрылся, больной почувствовал облегчение боли; за день до вскрытия абсцесса больной заметил что голень припухает, а через три-четыре дня опухла сильно, больному стало трудно ходить. Последнее обстоятельство и плохое питание дома побудили больного обратиться в клинику. 2 месяца тому назад С. болел какой-то болезнью с сильным жаром, но к медицинской помощи не прибегал. В детстве болел три раза, чем не знает. Родители здоровы, мать когда то долго болела животом. Братья здоровы. Одна сестра больна неопределенной болезнью с жаром и бредом уже полторы недели. Сифилис отрицается.

При наружном осмотре в день поступления в клинику оказалось следующее: левая голень представляется сильно отечной, лоснящей, покрасневшей, особенно резкая отечность в нижней трети голени, в области голеностопного сустава и всей стопы. В средней трети голени на передне-наружной стороне имеется дефект кожи неправильной формы, размерами 2 $\times$ 4 сант, вид дефекта вялый, края бледны, отечны, дно покрыто распадающейся клетчаткой, серовато-желтым гнойным отделяемым густой консистенции. На внутренней стороне в нижней трети по направлению к внутренней лодыжке замечается полоса в 1 $^1/_2$ сант. шириной, отличающаяся более интенсивной окраской по сравнению с отечной голенью. Конфигурация коленного сустава немного сглажена, кожа нормального цвета. На бедре никаких изменений. При надавливании припухлости левой голени под пальцами остается глубокая ямка; ощупывание покрасневшей полоски на внутренней стороне болезненно; в коленном суставе движения свободны, но ощупывание чувствительно; движение в голеностопном суставе немного ограниченно иболезненно. На наружной стороне правой голени в средней трети маленький фурункул: в остальных частях нога нормальна. Ни паховые, ни другие железы не увеличены.

Моча: уд. в. 1012, запах обычный, цвет слабо-желтый, реакция слабо-кислая, мутная—от кислот проясняется, следы белка, сахара нет.

26-VI от имевшейся красной полоски остался незначительный след, но выше, в средней трети голени, на внутренней стороне, появился абсцесс, величиною с голубиное яйцо, с флюктуирующей верхушкой.

Абсцесс вскрыт продольным разрезом, вышло много зловонного, затхлого, густого гноя, с примесью крови. Т-ра к вечеру 38,0, жалобы на боль в голени, а частью в коленном суставе. Селезенка не прощупывается.

За время с 28 по 30 апреля в истории болезни отмечено следующее: при перевязке дефект не представляется сколько-нибудь освежившимся, отделяемого почти нет, дно грязное; из вскрытого абсцесса также нет отделяемого, лишь тампон, введенный в рану, пропитан гноем. Лимфангоит исчез. Отечность всей голени держится. Ежедневно, около 4 часов дня, больной испытывает сильный озноб, сменяющийся жаром и головной болью. Больной жалуется на боль в левом коленном суставе, сустав имеет более сглаженные контуры, чем 4 дня назад. Селезенка умеренно увеличена, плотная, безболезненна.

За время с 1-го по 3-е мая отмечено: вялый вид больного, сонливое состояние, бред, ознобы, головная боль, боли в локтях. Селезенка увеличена на 1 палец из-под края ребер. 2-го мая появилась пустулезная сыпь, которую быстро разбросало по лицу и конечностям.

4-го мая я был приглашен на консультацию.

У больного я нашел следующее: больной в тяжелом состоянии, сильно лихорадит, еле говорит, но в полном сознании. Больной среднего роста, правильно сложен, подкожный жировой слой почти отсутствует, видимые слизистые оболочки синюшно-бледные, отверстия ноздрей покрыты спекшейся кровью, кожа цвета розовато-землистого. В области верхней части груди, на спине, на ягодицах и на задней поверхности ног просвечивает разветвление кожных мельчайших сосудов-капилляров. На лице, на верхних конечностях, особенно на разгибательных поверхностях, пустулы с резкоограниченными краями, с упругой покрышкой. На темени два кровоизлияния, величиною в 20 копеечную монету, такие же кровоизлияния в области крестца и одного остистого отростка. В области левого лобного бугра—пузырь, величиною в маленькую сливу, светло-желтого цвета. На нижних конечностях, в некоторых местах, эритематозные пятна; левая голень и стопа значительно опухли, кожа шелушится, повидимому, от мази, которой больной пользовался дома, в средней трети голени, на наружно передней стороне плоская язва с неправильными краями, покрытая гнойным распадом; на таком же уровне, но только более внутрь, другая язва, как результат вскрытия абсцесса.

При исследовании внутренних органов оказалось: селезенка прощупывается на полтора пальца из-за края ребер; край селезенки острый, твердый, тоны сердца глуховаты, дыхание жесткое; других уклонений от нормы не замечено.

5-го мая. Дальнейшее развитие кожных эффлоресценций; появились новые эритематозные бляшки, особенно на стопах и подошвах нижних конечностей; в центре вчерашних эритематозных пятен появились пустулы, с гнойным содержимым, некоторые из вчерашних пустул превратились в геморрагически-гнойные пустулы; небольшой эритемный ободок, бывший вчера вокруг пустул, превратился в разлитую красноту, кровоизлияние в области крестца, бывшее величиной в 20 копеечную монету, превратилось в кровоизлияние, величиною с ладонь, на темени и на затылке четыре плоских гнезда, величиною с серебряный рубль и несколько маленьких; геморрагические гнезда отличаются своим центральным, почти черным диском, с резкими границами и красным ободком, также резко ограниченным, один такой диск не черного, а серовато-темно-красного цвета. Такие же гнойно-геморрагические гнезда находятся на левом лобном бугре, на правом виске, в области левой скуловой кости, в области m. trapezius на шее, в области угла нижней челюсти с левой стороны, а также на три пальца ниже spina ilei anterior superior с той же стороны;

некоторые из этих гнезд уже вскрылись, причем из них выделяется кровянистый гной, из пузыря же в области лобного бугра выделилась жидкость желтоватого цвета. Вдоль позвоночника в области каждого остистого отростка небольшое кровоизлияние.

Слизистые оболочки тоже поражены: на бледной, почти белой, слизистой мягкого и твердого неба, несколько небольших геморрагических пустул, на слизистой крыльев носа—пустулы; на слизистой оболочке нижней губы точечные кровоизлияния, на glans penis—небольшое геморрагическое гнездо. Кон'юнктива глаз не поражена.

На нижних конечностях, особенно на правой, значительное количество эритематозных бляшек, разной величины, особенно на подошвах ног. Ладони совершенно свободны. Лицо и верхние конечности покрыты многочисленными пустулами, частью геморрагическими. Почти каждая эффлоресценция, особенно на лице, находится в центре эритематозной бляшки, разной величины, с неправильными зигзагообразными, но резкими краями; только единичные из пустул сидят как бы на здоровой коже.

Уже из двукратного осмотра можно заметить некоторую закономерность в проявлении кожных эффлоресценций; сначала эритематозное пятно, затем, через сутки, в центре пятна появляется пустула, еще через сутки эта пустула превращается в гнойно-геморрагический пузырь. На лице пустулы появились, прежде всего, вокруг фолликулов, закупоренных комедонами, очевидно, что для заразного начала эти фолликулы с комедонами оказались своего рода locus minoris resistentiae кожи, где инфекция могла прежде всего проявить свое действие.

Лицо сегодня отечно, вследствие многочисленных пустул и геморрагических гнезд. Самочувствие плохое, Т-ра—утр. 39,8, веч. 39,7.

6-го мая, несмотря на двукратное вливание физиологического раствора поваренной соли и на впрыскивание 5 куб. сант. молока, межмышечно в ягодицу, положение больного значительно ухудшилось.

Больной бредит, сознание затуманено, самопроизвольно мочится и испражняется под себя, нос заложен спекшейся кровью и гноем, очевидно, из лопнувших пустул. Кожа всей головы, особенно темени и затылка—отечна и при надавливании пальцем оставляет глубокие ямки. Лицо, особенно левая половина, значительно опухло, левый глаз закрыт, неправильные эритематозные пятна, в центре которых находятся пустулы—почти сливаются, большая часть пустул приняла геморрагический характер, многие вскрылись и выделяют из себя густой гной, смешанный с кровью. Пустулы на верхних конечностях все стали геморрагическими; кожа живота и груди попрежнему свободна от высыпи, если не считать двух геморрагических пустул по краю ребер с левой стороны. Вчерашние эритематозные пятна на нижних конечностях превратились в синюшно-розовые, большие, неправильной формы, бляшки, в центре этих бляшек находятся пустулы, частью геморрагические, с вялой покрышкой; вновь образовавшиеся пустулы отличаются от пустул, образовавшихся в первые дни тем, что пустулы, как бы недостаточно наполнены содержимым, покрышка их вялая. Утр. Т-ра 39,6, веч. 40,5. Больной лежит пластом.

7-го мая. Больной в очень тяжелом положении, не говорит, на вопросы не отвечает, голова повернута на левую сторону, левая половина лица—отечна, левый глаз совершенно закрыт, больной мочится и испражняется под себя; появились новые пустулы на крыльях носа и на стопах. Пустулы, появившиеся сегодня, имеют вид приплюснутых, куполообразных эффлоресценций серо-белого цвета, с темным пятном в центре. Нижние конечности в области голеностопных и коленных суставов значительно припухли, всякие пассивные движения вызывают резкую боль. Эритематозные пятна, середина которых занята геморрагическими пустулами, на

лице несколько побледнели, на ногах посинели, эффлоресценции на руках, в виде геморрагических пустул, сидят на нормальной коже и представляют собой резко ограниченные, почти черные, полушария, величиной с горошину. Т-ра утр. 39,9, веч. 40,9, в общем положение безнадежное. В 8 час. вечера больной скончался.

9-го мая, в 12 час. дня, проф. Штефко было произведено вскрытие трупа С.

Протокол вскрытия: труп мужчины, 19 лет, правильного телосложения, умеренного питания, выше среднего роста, сильно вздут, на поверхности кожи, особенно на верхних и нижних конечностях, масса пустулезных образований, величиною от ногтя мизинца до ногтя большого пальца и несколько больше. Местами абсцессы выполнены тягучим гноем серого цвета, такие абсцессы встречаются и в области кожи головы, занимая большие площади и проникая до galea aponeurotica.

Центральная нервная система: под твердой мозговой оболочкой ряд очаговых инфильтратов, выполненных тягучими гнойными массами. Некоторые вены правого мозгового полушария оказываются растянутыми и пустыми в области их впадения в sinus falciformis major, в фронтальной его части отмечается скопление плотных гнойных масс, закупоривающих просвет впадающих в него вен. В субарахноидальном пространстве—инфильтрация. В верхних частях центральной борозды, главным образом, правой стороны, на разрезе, ясно выраженные точечные кровоизлияния в белое мозговое вещество. Ткань мозга суха. Границы между серым и белым веществом выражены ясно. Мозговые желудочки пусты.

Органы дыхания: нормальны.

Органы кровообращения: мышцы сердца дряблы, с ясно выраженным жировым перерождением.

Селезенка увеличена, дрябла, на поверхности ее абсцесс с жидким содержимым.

Печень жирно перерождена (желтушно окрашена). Остальные органы не вскрывались вследствие сильного разложения.

Диагноз: Septicaemia. Pachymeningitis et meningitis purulenta; Thrombosis sin. falciformis major. Degeneratio adiposa cordis. Hypertrophia lienis et necrosis pulpae lienis. Dermatitis purulenta.

Из кожи трупа было вырезано несколько лоскутов, которые при гистологическом исследовании, произведенном проф. Штефко, дали следующие результаты: в малопораженных участках кожи эпидермис сохраняет свой нормальный вид и строение. В cutis всюду разлитая гнойная инфильтрация. Лейкоциты, принимающие участие в инфильтрации, относятся как к полинуклеарам, так и лимфоидным формам. Правильности в расположении лейкоцитов отметить нельзя. Местами они сконцентрированы, местами расположены очень редко; почти всюду лейкоциты заходят в папиллярные выросты cutis'a. Никаких дегенеративных явлений в ядре большинства лейкоцитов при диффузной инфильтрации констатировать не удается. Лимфатические капилляры растянуты, густо выполнены эндотелиальными и круглыми клетками. В капиллярах кровеносной системы резко выраженное набухание стенок. Просвет их выполнен, как слущенными эндотелиальными клетками, так и плазматическими клетками и лейкоцитами. Местами просвет сосудов заполнен тромботическими массами. Диффузная инфильтрация встречается глубоко в tela subcutanea. В прослойках жировой ткани, в межклеточных ее пространствах, всюду встречаются отдельные лейкоциты. Жировые клетки имеют набухший вид с некрасящейся основной и кислой красками протоплазмой. Ядро их окрашивается чрезвычайно слабо, а в некоторых ядро не обнаруживается совсем. Сальные железы гиперплазированы, с явлением митоза в их клетках.

Гнойная инфильтрация по некоторым препаратам имеет резко очерченный характер, образуя настоящие гнойные фокусы. Большинство лейкоцитов, выполняющих указанные фокусы нормального вида и строения, но в некоторых из них замечаются явления кариорексиса и пикноза, такие гнойные фокусы лежат обычно в глубине под эпидермисом и даже под кутикулярным слоем. С периферии фокус окружен рыхлой соединительной тканью, в межклеточных пространствах которой можно легко обнаружить лейкоциты. Гнойные фокусы располагаются преимущественно вокруг одного или нескольких мелких сосудов. На разрезе просвет таких сосудов бывает обычно сильно растянут кровью или занят пристеночным тромбом.

Общая картина—гнойного дерматита сапного характера с образованием узелков по всей поверхности кожи. Отсутствие дегенеративных явлений со стороны окружающей ткани, так и лейкоцитов, выполняющих фокусы, указывает на очень быстрое и острое течение инфекции в данном случае (этим и отличается этот случай от обычных).

При микроскопическом исследовании селезенки обнаружены явления гиперемии и стаза. В Мальпигиевых тельцах участки некротического распада, местами сплошь выполняющие Мальпигиево тельце.

Перехожу теперь к своим бактериологическим исследованиям, но прежде, чем говорить о результатах исследований, остановлюсь в нескольких словах на условиях, при которых мне приходилось работать.

Было время, когда нехватало пробирок предметных стекол, когда термостаты стояли холодные, вследствие отсутствия керосина, когда не было красок, спирта и т. д. и т. д. Ко всем этим условиям приходилось приноравливаться, делать не то, что нужно по плану работы, а то, что можно было в данный момент; все это очень затянуло работу Об опытах на животных вначале не могло быть и речи, и, только тогда, когда можно было почти с полной уверенностью говорить о действительном возбудителе болезни, представилась возможность делать эксперименты на животных. Дело в том, что кошки очень восприимчивы к сапу, а кошки даже в наше время почти ничего не стоят; первую кошку мы поймали во дворе лаборатории, вторую мне принес услужливый пациент, а двух морских свинок мне предоставил д-р Констансов. Итак 5 мая, в разгар болезни С. мною была взята кровь из локтевой вены и посеяна в двух пробирках на агар-агаре, на кровяной сыворотке Лефлера и в колбе на бульоне, далее гной из пустул головы, лица и конечностей был посеян в трех пробирках на слабо щелочном агаре, в одной на агаре с молочным сахаром. Кроме того, сделано 6 мазков из гноя пустул; во всех мазках удалось найти палочку немного меньше туберкулезной, не красящуюся по Грамму, в количестве двух-трех в препарате.

На агар-агаре, на агаре с сахаром, на бульоне выросли колонии, особенно характерные из крови больного в виде отдельных просвечивающих капель росы, под микроскопом оказались те же палочки, что и в мазках и тоже некрасящиеся по Грамму. В живой капле удалось установить, что палочки эти подвижны, но жгутиков окрасить мне не удалось. Реакцией на агглютинацию с тифозной сывороткой было установлено, что палочка „альфа", как я ее назвал, не тифозная: реакцией на индол установлено, что она не bactezium coli commune. Далее мне случайно удалось дважды убедиться, что палочки эти в присутствии других бактерий, попавших в культуру из воздуха, быстро погибают.

В общем в результате долгих исследований были определены следующие биологические свойства палочки „альфа".

Маленькая палочка с округленными краями, иногда слегка изогнутая, длиною от 1—5 m, шириною от 0,5—0,75 m; в мазках из гноя и в старых культурах палочки несколько больше, в свежих культурах значительно меньше, в мазках из гноя лежат отдельно, в мазках из молодых культур по несколько в ряд, или одна впереди другой, в мазках из старых культур рассеянными гнездами.

Относительно сапной палочки, Мари тоже указывает на ее различную величину, в зависимости от способа окраски, от возраста культуры, от т-ры, при которой разводка воспитывалась и от характера питательной среды.

Палочка „альфа" имеет свойство, которым обладают сапная и некоторые другие патогенные палочки, но, вообще, встречается довольно редко—это разветвления палочек и колбообразное вздутие их; так как эти образования встречаются сравнительно в свежих культурах, то, по отношению, по крайней мере, к палочке сапа не может быть и речи, по мнению Конради, об инволюционных формах палочек. Ввиду этой особенности сапных палочек Маркс и Конради причисляют их к стрептотриксам.

Из культуры стрептотриксов я получил обыкновенную культуру палочки „альфа", которая, будучи впрыснута морской свинке, дала характерную для сапа реакцию Straus'a.

Палочка „альфа" обладает зернистостью своего строения, на что, по отношению к сапу указывают все авторы, но, кроме того, она содержит зернышки, нечасто встречающиеся, которые представляют собой скопление протоплазмы на концах палочки, раньше принимали их за споры. Эти зернышки по Kolle и Wassermann'у представляют собой продукт вырождения палочек, повидимому, плазмолитической природы.

По Грамму „альфа" не красится. Подвижна.

На слабо щелочном агаре хорошо растет в виде прозрачных, блестящих, как капли росы и тающих льдинок, колоний: более пышный рост на глицеринов. агаре. На желатине растет слабо при t° выше 20° по Ц. в виде белой зернистой колонии; желатину не разжижает (по Габричевскому сапная палочка разжижает желатину) На Леффлеровской кровяной сыворотке рост в виде небольших блестящих желтых, круглых колоний.

На бульоне, сначала получается равномерная муть, затем бульон проясняется, а муть вся падает на дно, откуда при взбалтывании подымается в виде спирали, пленки на бульоне никогда не образует.

На пептонной воде—равномерная муть.

На мясной воде: длинная толстая нить подымается со дна пробирки, где она как будто прикреплена, так как встряхиванием не удается ее оторвать от дна.

На физиологическом растворе поваренной соли: небольшая муть и тонкая нить, подымающиеся со дна пробирки.

На среде Конради-Дригальского ни роста, ни изменения окраски среды не замечено.

Тоже на среде Эндо.

На агаре с мелом—уколочная культура: на поверхности белая, блестящая пленка, в глубине серовато-матовые завитки; светлый ободок, указывающий на образование кислоты, отсутствует.

Рост на картофеле: культура вырастает в виде блестящего, вязкой консистенции, похожего на мед, населения, цвет которого колеблется от янтарно-желтого до шеколадно-коричневого. Вместе с ростом культуры, на картофеле изменяется и цвет самого картофеля; на поверхности, где посеяна культура, картофель несколько белеет в то время, как остальной

картофель начинает сереть; с увеличением роста культуры весь картофель со всех сторон становится темно-серым, контрольный же картофель остается все время светло-желтым.

Молоко палочка „альфа“ сворачивает на 12-й день после пересева. Спор не образует. Палоча „альфа“—облигатный аэроб, который может жить только в присутствии кислорода.

Еще об одном свойстве роста культур палочки „альфа“, на которое впрочем для животных по отношению сапа уже указал Мари, я позволю себе упомянуть: если посеять палочку прямо из органов человека или животного на агар или картофель, то на этих питательных средах выростают культуры, в виде отдельных не сливающихся круглых колоний, в виде капель меда, если же сделать пересев этих колоний, то выростают сплошные населения культуры, таким образом, можно всегда отличить свежий посев от пересева.

Рост палочки „альфа“ на картофеле, характерный для сапа, поставил на очередь вопрос об эксперименте на животных.

Опыт 1-й. Годовалой бездомной кошке плохо упитанной было сделано впрыскивание под кожу взвеси палочек „альфа“ с картофеля. Со второго дня после впрыскивания кошка перестала есть, место укола опухло. На четвертые сутки кошка сдохла, при вскрытии селезенка оказалась увеличенной раз в пять, резко гиперимированной, край ее закругленный. Из селезенки кошки сделаны мазки, в которых найдены такие же палочки, также редко расположенные, как и в мазках от больного С. Посевы на питательных средах, особенно на картофеле и агаре дали те же характерные колонии, как из крови и гноя больного. На коже кошки кроме припухлости на месте укола, никаких явлений не было.

Опыт 2-й. Хорошо упитанному годовалому коту сделано впрыскивание под кожу взвеси палочек „альфа“, выращенных из селезенки первой кошки; на 2-й день кот потерял аппетит; на третий день: кот очень исхудал, кожа вз‘ерошена, место укола резко опухло, кот все время спит, но откликается мяуканием на зов; на 4-й день кот околел; при вскрытии оказалось: селезенка увеличена раз в 6, темно-синего цвета, печень большая глинистого цвета, почки тоже резко увеличены. Яички без изменений. На место укола полушарообразная величиной с яйцо опухоль. Посевы и мазки из селезенки дали такие же результаты, как и в 1-м опыте.

Оба опыта указывают резкую вирулентность палочки „альфа“ по отношению к кошкам.

Опыт 3-й. Маленькой двухмесячной морской свинке—самцу весом в 200 гр. впрыснута под кожу живота взвесь „Альфа“ с картофеля, полученная от второй кошки. Свинка через 12 часов сдохла. При вскрытии селезенка и печень оказались резко увеличенными и гиперемированными; яички не увеличены, но гиперемированы. Из селезенки и яичек сделаны мазки и окрашены гимзой. При исследовании мазков под микроскопом всюду оказались палочки „Альфа“

Посевы на картофеле оказались обильно загрязненными стафилококками.

Опыт 4-й. Большой морской свинке—самцу весом в 500 гр. сделано подкожное впрыскивание взвеси этой обильной загрязненной стафилококками культуры, но в которой, без сомнения, были и палочки „Альфа“. Этот опыт загрязненной культурой был предпринят в надежде, что палочка „Альфа“, пройдя через свинку, очистится от загрязнений: результат не оправдал ожиданий, свинка осталась здоровой; этот опыт между прочим показывает, что палочка „Альфа“ и в организме животного так же, как

и в культуре погибает в присутствии других бактерий; кроме того, он подтверждает тот фак, что стафилококки очень мало или совершенно не патогенны для морских свинок.

Опыт 5-й. Реакция Straus'a. Спустя две недели, 29 агуста, той же самой свинке—самцу, на которой был проделан 4-й опыт, была мною впрыснута в полость брюшины взвесь палочки „Альфа". Уже на вторые сутки у свинки ясно стало заметно опухание яичек; кожа мошонки покраснела, стала напряженной, блестящей. С каждым днем опухоль увеличивалась и на 4 сутки—стала величиною с небольшое яблоко; свинка с каждым днем худела и слабела, хотя аппетит не особенно теряла. Это опухание яичек, этот орхит и периорхит представляют собой характерную реакцию на сап и носит название реакции Straus'a.

Пятого сентября свинка была убита; при вскрытии, кроме опухших яичек, найдено: значительное увеличение селезенки и почек—гиперемия легких. Были сделаны посевы из различных органов и опухших яичек, отовсюду получился характерный для сапной палочки рост на картофеле и на агаре. Между прочим, была посеяна на картофель моча, из нее тоже получилась характерная для сапа культура.

О присутствии палочек сапа в моче нигде в доступной мне литературе не упоминается, между тем заразительность мочи может иметь большое практическое значение.

Приведенные выше биологические свойства палочки „Альфа", особенно ее характерный рост на картофеле, резкая вирулентность по отношению к кошкам и морским свинкам (Мари), наконец, реакция Straus'a, все это говорит за то, что моя палочка „Альфа" и bacillus mallei Schutz'a u Löffler'a одно и то же.

Несколько поколебать это мнение может то обстоятельство, что палочка „Альфа" подвижна, но и относительно даже сапной палочки, по данным доступной мне литературы, вопрос очевидно еще не решен; так, некоторые авторы Goedelst, Попов и др. считают ее подвижной; Професс. Мари называет ее неподвижной, но тут же оговаривается, что то движение, которое наблюдается в висячей капле, следует отнести к Броуновскому (молекулярному), а отнюдь не к самостоятельному движению. Kolle u Hetsch, Wassermann, Schotelius, Флейшер и др. считают ее неподвижной.

Желая проверить способность двигаться сапной палочки, я сделал взвешенную каплю из культуры несомненно сапной, хранившейся в лаборатории и должен констатировать, что палочка „Альпа" обладает таким же движением, как и настоящая сапная палочка. Как в той, так и в другой взвешенной капле я наблюдал движения, правда на небольшом пространстве; палочки принимали то вертикальное, то горизонтальное положение, движения их были то буравящие, то плавающие, двигались друг к другу навстречу, сходились и расходились.

Далее я сделал взвешенную каплю из убитой формалином культуры и никакого движения не наблюдал, хотя, думается мне, что чисто молекулярное движение должно было бы сохраниться.

На основании этих трех исследований во взвешенных каплях я прихожу к заключению, что палочка „Альфа" обладает таким же движением, как и bacillus mallei, что последний обладает движением, которое не только молекулярное.

Таким образом не может быть сомнения, что палочка „Альфа" и сапная палочка Schütz'a Löffler'a идентичны, а то обстоятельство, что из крови и из пустул больного получена одна и та же культура, одна и таже палочка говорит за однородность общего и кожного заболевания, т. е. что больной С умер от острого кожного сапа.

Спрашивается, нельзя ли было поставить диагноз сапа в данном случае по одной только клинической картине?

Schenk Paul по этому поводу говорит: „Людской сап принадлежит к тем болезням, которые чрезвычайно трудно диагностицируются, во 1-х из-за редкости (в Пруссии 20 случаев, с 1901—1911 года, в Австрии 17 случаев, с 1891—1903 г., в России 29 случаев в 1892 году и 16 случаев в 1893 году), во 2-х из-за разнообразия клинической картины и в 3-х из-за невозможности ставить верный диагноз на основании микроскопической картины—требуется культуры и опыты на животных".

В нашем случае отсутствовали и анамнестические данные, кроме того, этот случай представляет уклонение от нормы, если можно так выразиться, в 3-х отношениях.

Прежде всего в истории болезни, как вы видели, нет никаких указаний на образование в коже и подкожной клетчатке узлов и узелков, которые, обыкновенно, главным образом, характеризуют кожный сап, не было также узлов и на внутренних органах, ни в селезенке, ни в легких, ни в печени.

Только гистологическая картина в нашем случае дает указание на образование микроскопических узелков; интересно отметить, что и у моих экспериментальных животных, как вы видели, нигде узлы не были найдены.

Во-вторых, в нашем случае железы нигде не увеличены, и только на левой голени отмечается воспаление лимфатического сосуда, и, как и в первом случае, только гистологическая картина указывает на поражение лимфатических капилляров.

В третьих, легкие, так часто поражающиеся при сапе, в данном случае оказались совершенно здоровыми.

Весь ход болезни можно себе представить следующим образом: по словам больного, в первых числах апреля у него на левой голени образовался прыщ на месте дефекта, с которым он поступил в клинику, вот этот прыщ и представляет собой первое проявление сапа, здесь были входные ворота для сапной инфекции. Этот прыщ превратился в нарыв величиною с грецкий орех; рядом с этим нарывом появился 26 апреля абсцесс с голубиное яйцо; вот эти два нарыва дали небольшой фурункул на правой голени, и были те единственные видимые и ощутимые сапные узлы в нашем случае.

До 28 апреля больной чувствовал себя удовлетворительно, а затем началась вышеописанная картина болезни; очевидно, сап протекал до 28 апреля в виде хронической формы, с этого же дня, под влиянием ослабляющих организм моментов, очевидно, истощения, обострился и дал нам вышеописанную картину острого пиэмического дерматоза.

Рассмотрим теперь оба приведенные заболевания больного Д. и больного С. с точки зрения пиэмического дерматоза; можем ли мы эти заболевания считать пиэмидами?

Если вспомним те требования, которые пред'являют к пиэмидам Jadassohn, Wetrher, Merk, Geber, то ответ может быть только положительный; общие явления, в виде температурной кривой, боли в суставах, общая слабость, ознобы, увеличение селезенки, кожные высыпи, более или менее симметрично расположенные, сопровождение каждого нового высыпания новым повышением температуры, наконец результаты патолого-гистологического и бактериологического исследования, поражение кровеносных лимфатических сосудов, гнойная инфильтрация, нахождение возбудителя болезни в гною (в обоих случаях), в гною и крови во втором случае,—все это говорит за пиэмический дерматоз, за пиэмид в полном смысле этого слова.

Но эти же данные говорят за то, что пиэмид не есть сколько-нибудь удовлетворительный диагноз этих заболеваний. С точки зрения пиэмида, эти два заболевания одного порядка но разной интенсивности.

Первый случай—это пиэмический дерматоз с доброкачественным течением, второй—тоже пиэмический дерматоз с летальным исходом. В первом случае и общее состояние больной и кожная высыпь, лихорадка и т. д. значительно менее резко выражены чем во 2-м случае, также и патолого-гистологическая картина; получается такое же отношение между этими двумя заболеваниями, как между воспалением легких, вызванное гриппозной палочкой, и воспалением легких, вызванное чумной бациллой. И тут и там воспаление легких, разные причины, одинаковые заболевания, но разной интенсивности и с неодинаковым исходом; в виду этого ограничиваться диагнозом пиэмического дерматоза так же не допустимо, как ограничиваться диагнозом—воспаление легких; каждый случай должен быть подробно исследован с бактериологической и гистологической точек зрения, а диагноз должен быть дополнен указанием этиологического момента, вызвавшего данный пиэмический дерматоз.

В виду этого удовлетворяться диагнозом пиэмида можно только в тех случаях, где причины болезни, где микроорганизмы, вызвавшие ее, не найдены, неизвестны, к таким именно болезням следует отнести erythem'y exsudativum multiforme, erythem nodosum, papulosum, dermatitis haemorrhagicum, pustulosum, случаи крапивницы, пурпуры и т. д. и т. д. если они сопровождаются характерными для пиэмида явлениями.

Пиэмические дерматозы—это как раз те кожные заболевания, которые реже всего приходится видеть дерматологу. Пиэмические дерматозы бывают чаще всего у хирургов, реже у терапевтов, почти никогда в дерматологической клинике и довольно часто у патолога-анатома на секционном столе. В большинстве случаев это смертельные заболевания рассматриваются, как сепсис, легкие же случаи протекают под диагнозом атипической формы эритемы многоформенной, крапивницы и т. д. и т. д.

Кроме того, мы привыкли считать только те кожные процессы гнойными, где гной видим простым глазом или ощутим пальцами. Причины гнойных процессов мы всегда ищем в банальных наших гноеродных бактериях стафило и стрептококках, между тем в действительности это далеко не так, в моем первом случае кожную высыпь патолого-анатом определил, как гнойный дерматит, между тем клинически она определялась, как эритема папулезум; мы знаем бактерии негноеродные, которые, при случае, могут дать гематогенно или экзогенно гнойные воспалительные процессы в коже и, очевидно, есть еще целый ряд неизвестных нам микроорганизмов, которые вызывают такие же процессы, к таким микроорганизмам может быть и относится тот кокк, некрасящийся по Грамму, который мною был выделен в первом случае.

Вопрос о пиэмических дерматозах —вопрос сравнительно новый, только с 1904 года, когда появилась обстоятельная статья Ядассона, дерматологи заинтересовались ими. Френкель разработал вопрос и указал нам путь, по которому мы должны идти—это путь патолога-анатома.

ВАЖНЕЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Werther. Beitrag zur Kenntnis der Pyámide M. M. W. 1913 № 31.
Eugen Fränkel. Projections demonstration über metashatische Dermatosen bei acuten bakteriellen Allgemeinerkraukungen. Dermat. Zeitschrift 1914 № 7.
Hans Geber. Über das Wesen des sogenannten idiopatischen Erytheme. Dermat. Zeitschrift 1912, № 9. S. 798.
Wolff-Eisner: Über die Urticaria vom Standpunkt der neuen Erfahrungen über Empfindlichkeit gegenüber körperfremden Eiweissubstanzen. Derm. Centralblatt 1907.
Kreibich. Die Angioneurosen und die haematogenen. Hautentzündungen. Derm. Ceutr. 1909. S. 268.
Joseph & Deventar. Dermato-histologischer Atlas 1906.
Werther. Über hysterische Hautnekrose mit erythematösem u. exsudativem Vorstadium. Derm. Zeitschrif(1911. S. 341.
Maurice Bourgeais. Über disseminierte postexanthematische hämatogene Tuberculosis verrucosa cutis. Derm. Zeitschr. 1914. S. 1.
Jadassohn. Über infectiöse und toxische haematogene Dermatosen B. K. W. 1904. № 36 и 37.
Ledermann. Ein Fall von Pyodermite végétant B. K. W. 1905. № 6.
Carle. Узловатая эритема и туберкулез. Р. Ж. К. В. Б. 1914 II стр. 17.
Pollak. Erythema nodosum und Tuberculose. W. K. W. 1912, № 32.
Javy и Genet. Метастатический перелойный кон'юнктивит Р. Ж. К. В. Б. 1914.
Meyer Georg. Über schwere Eiterkokken—Infectionen. Sammlung Klinisher Vorträge 1900.
Philippson: Die Erkrankungen der kleinen Hautvenen D. Z. 1911. Стр. 1009.
Fränkel. Über metashatische Hautaffectionen bei bacteriellen Allgemeinerscheimmgen. D. Z. 1911 S. 1078.
Sezary. Histo-microbiologie de l'artérite syphilitique. D. Z. 1911. S. 852.
Brauer. Zur Kennitnis der Salvarsaudermatosen. Derm-Zeitschrift 1912. S. 800.
Fribocs. Beitrag zur Klinik und Histopathlogie der localen Salvarsan Hautreaction Derm. Zeitschrift 1911.
Ledermann. Über Erythema multiforme, als Symptom einer schweren Allgemeinerkrankung. Derm. Centralblatt 1908. Сер. 334.
Bendix. Arzneiexantheme. D. м. W. 1910. № 10.
Lichtensteiu. Autointoxicationen bei Hautkrankheiten. Derm. Centralbl. 1910 Z. 98.
Jadassohn. Über Pyodermien. 1912.
Schenk Paul. Сапная инфекция у человека. Р. Ж. К. В. Б. 1914 I стр. 325.
Valk и Schoo. Случай хронического сапа у человека. Р. Ж. К. В. Б. 1914. I стр. 326.
Arndt. Ein Fall von Lupus miliaris disseminatus hämatogener Ursprung S. 339. Derm. Zeitschrift 1914.
Manulescu. Метастатический бленорройный кон'юнктивит. Р. Ж. К. В. Б. 1914 II стр. 97.

Davids. Метастатический кон'юнктивит у гонорроиков. Р. Ж. К. В. Б. 1914 II 98.
Michal. О природе эндогенного бленорройного кон'юнктивита. Р. Ж. К. В. Б. 1914 I стр. 277.
Hoffmann E. Konjunctivitis gonorrhoica metastatica. D. M. W. 1913, № 2.
De Amicis. Случай геморрагической многоформенной эритемы со смертельным исходом. Р. Ж. К. В. Б. 1914 I стр. 182.
Saisawa. Beitrag zur Aetiologie des Erythema exsudativum multiforme. D. M. W. 1913 № 17.
Sezary. Узловатая эритема и менингит. Р. Ж. К. В. Б. 1913 стр. 321.
Hodora,—Osman,—Zset,—Chevket. Случай гонококкцемии и общей гонококковой экзантемы Р. Ж. К. В. Б. 1913 II стр. 125.
Thevenot. Случай геморрагической септицемии в течение перелоя. Р. Ж. К. В. Б. 1912 II.
Rusche. Zur Kasuistik der Conjunctivitis gonorrhoica metacstatica. B. K. W. 1910 № 52.
Zeede. Zur Frage der gonorrhoischen Allgemeininfection M. m. M. 1911. № 9.
Chrzelitzer. Общая гонорройная инфекция Р. Ж. К. В. Б. 1911, II.
Hutinel. Erythémes avec syndrome malin dans les maladies infectieuses. Derm. Zeit. 1913 № 3. S. 250.
Török. Bacterien bei hämatogenen Hautentzündungen. Derm. Zeit. 1913 № 10.
Geber Johann. Ein Fall von septrichem Erystem. Derm. Zeitschr. 1913 № 10.
Klausner. Arzneiexantheme als Ausdruck der Idiosynkrasie und Anaphylaxie. M. m. W. 1910 № 27.
Hartzell Toxische Dermatosen. D. Z. 1912 S. 667.
Petgs et Bichelonne. Септицемия и pemphigus Р. Ж. К. В. Б. 1909 II.
Rothschild. Геморрагическая пурпура с септическ. течением. Р. Ж. К. В. Б. 1909 II.
Schidachi. Über nodöse lodexautheme. Derm. Centralbl. 1907. S. 207.
Gabritschewsky: Über streptokokken erytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach Derm Cent. 1907.
Sachs Otto. Beziehungen zwischen dem Erythema exsudativum multiforme und der Erkrankungen innarer Organe. Dern. Centr. 1910. S. 118.
Criegern. Zur Kenntnis der Dermatalis exfoliativa acuta benigna (Brocq.) auch erythéma scarlatiniforme recidivant genannt Derm. Centr. 1910.
Лустверк. Септическая пятнисто папулозная эритема после фолликулярной ангины Р. Ж. К. В. Б. 1908 I.
Юрченко. Случай конского сапа у человека. Врачебное дело № 7-9. 1922.
Эберт. Случай epidermatitis pustulosa shaphylomicotica в патоло-анатомическом отношении. Р. Ж. К. В. Б. 1908 I.
Kolle u. Hetsch. Die experimentelle Bacteriologie und die Infectionskrankheiten 1906.
Jarisch. Die Hautkrankheiten 1900.
Kolle & Wassermann. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. 1912.
Мари И. Н. Основы патологической анатомии домашних животных 1906.
Попов Ив. Очерки инфекционных болезней домашних животных 1899 г.
Goedelst. Микробиология. 1901 г.
Günther. Bacteriologie.
Нокар и Леклэт. Микробиология болезней животных 1899 г.
Hutyra u. Marek. Частная патология и терапия домашних животных.

К методике определения фибриногена в крови.

(Из Госпитальной Терапевтической Клиники Киевского Мед. Института. Директор проф. В. В. Виноградов).

Ассистента С. Я. Штейнберга.

Определение количества фибриногена в крови начинает в последние годы приобретать известное значение для клиники. Мы считаем, поэтому, своевременным остановиться на вопросе о методике количественного определения фибриногена.

Из всех, предложенных до сих пор методов, определения количества фибриногена в крови, наиболее простым должен быть признан метод Wohlgemuth'a.

Метод этот, как известно, состоит в том, что исследуемая на содержание фибриногена кровь предохраняется от свертывания путем смешения с 28% раствором $MgSO_4$ в отношении 3:1 (три об'ема крови+1 об'ем раствора $MgSO_4$) и подвергается для получения плазмы центрифугированию. В ряд пробирок наливают убывающие количества плазмы—1 куб. см., 0,5 к. с., 0,25 к. с., 0,125 к. с. и т. д.

Об'ем жидкости во всех пробирках доводится при помощи 1% раствора Nacl до 1 к. с. Затем в каждую пробирку добавляют по 1 к. с. раствора фибрин-фермента. В качестве фибрин-фермента употребляют разведенную 1% раствором Nac в пять раз сыворотку здорового человека или животного (собаки, барана, кролика). Все пробирки встряхиваются и ставятся в комнатный ледник на 24 часа. В течение этого времени происходит превращение фибриногена в фибрин.

Через 24 часа пробирки вынимаются из ледника, и путем осторожного наклонения каждой пробирки определяют, в каких пробирках наступило свертывание и в каких оно отсутствует. Отмечают ту пробирку, где еще получился видимый сверток (в следующей пробирке свертывание уже отсутствует). За единицу принимают то количество фибриногена, которое дает еще видимый сверток. Если, например, последний видимый сверток получился в пробирке с содержанием 0,008 к. с. плазмы, то в 1 к. с. плазмы фибриногена $\frac{1}{0,008}=125$ единиц, или, как Wohlgemuth условно обозначает Fg=125.

Из изложенного видно, что метод этот очень прост и для своего существования, кроме 10-15 пробирок и нескольких пипеток, никакой особой аппаратуры не требует. Единственным недостатком его является то, что он требует сравнительно больших количеств плазмы (не менее двух куб. см.).

Устранение этого недостатка достигается очень легко, если вычислять количество единиц фибриногена не по абсолютному количеству плазмы в последней пробирке, дающей еще видимый сверток, а по сте-

пени разведения плазмы в этой пробирке. Совершенно ясно, что если последний видимый сверток (т. е. 1 единица фибриногена) получился в пробирке, содержащей плазму, разведенную в 64 раза, то в таком же количестве неразведенной плазмы фибриногена будет в 64 раза больше, т. е. 64 единицы.

При таком способе вычисления количества единиц фибриногена совершенно безразлично, будет ли в каждой пробирке 1 куб. см. того или иного разведения плазмы+1 куб. см. фибрин-фермента, или 0,1 к. с. разведенной плазмы+0,1 к. с. фибрин-фермента, или X куб. см. разведенной плазмы+X куб. см. фибрин-фермента.

Это изменение принципа, предложенного Wohlgemurth'ом, для вычисления количества единиц фибриногена, не изменяя по существу методики, дает возможность ставить определение фибриногена в крови с малыми количествами плазмы и превратить метод Wohlgemuth'a, если не в микрометод, то в полу-микрометод (Halbmikromethode).

Мы применяем этот метод в следующем виде: 0,2 куб. см. 28% раствора $MgSO_4$ смешиваются в маленькой центрифужной пробирке с 0,6 куб. см. крови (кровь добывалась при помощи венепункции однограммовым шприцом „Record") и подвергается центрифугированию для получения плазмы. При помощи пипетки с балончиком снимаются 0,2 куб. см. плазмы и к ним добавляются 0,6 куб. см. 1% раствора Nacl. Этим основным разведением плазмы мы пользуемся для постановки опыта. Самая постановка ясна из прилагаемой таблицы.

№№ пробирок	1	2	3	4	5	6	7	8
Количество 1% раств. Nacl	—	0,3	0,3	0,3	0,3	0'3	0,3	0,3
Количество основного разведения плазмы	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3 →0,3
Количество фибрин-фермента	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Степень разведения плазмы= Колич. ед. Fg.	4	8	16	32	64	128	256	512

К таблице мы должны дать лишь немногие пояснения: 1) Первая пробирка содержит плазму, разведенную в 4 раза. Ясно отсюда, что наша постановка опыта отличается от оригинальной постановки Wohlgemuth'a тем, что у нас нет пробирок с неразведенной плазмой и с разведением плазмы в 2 раза. Мы сознательно исключили эти две пробирки, так как в них, вследствие значительного содержания $MgSO_4$ свертывание, в подавляющем большинстве случаев, не наступает.

2) Знак }→ указывает, что содержимое пробирки (раствор Nacl+ +разведенная плазма) хорошо перемешивается и 0,3 к. с. смеси переносятся в следующую пробирку. Из последней пробирки (№ 8) просто снимают 0,3 куб. см. разведенной плазмы.

Дальнейшее, нам кажется, понятно без особых пояснений. Если последний видимый сверток получился, например, в 6-ой пробирке, содержащей плазму, разведенную в 128 раз, то исследуемая плазма содержит 128 единиц фибриногена.

Мы поставили ряд опытов по оригинальному методу Wohlgemuth'a и по предлагаемой нами модификации этого способа. Результаты получились вполне совпадающие.

Метод Wohlgemuth'a, как мы уже говорили, прост, изящен, не требует сложной аппаратуры и большого количества времени и вполне может быть рекомендован для клинических целей. Наша модификация, давая возможность пользоваться малыми количествами крови, делает этот метод, по нашему мнению, еще более приемлемым для клиники.

К вопросу о возбудителе вариолы-вакцины и методах лабораторной диагностики оспы.[1])

(Из оспопрививательного отделения Белорусского Пастеровского Института. Директор Б. Я. Эльберт).

Заведыв. Оспопр. Отделом Б. П. И. **д-р С. И. Гельберг.**

В изучении вопроса о virus'е variol'ы-вакцины, несомненно, чрезвычайно существенную главу составляет вопрос о соотношении между оспой и вакциной. Еще Дженнер высказался за идентичность обоих инфекций, не подкрепив, однако, свой взгляд никакими экспериментальными данными. Впервые Gassner в 1807 году сообщил об удачных прививках вариолы на коровах, причем получил типичную вакцину и последующую удачную прививку на детях. В дальнейшем целый ряд авторов сообщили об аналогичных результатах (Numann, Billing, Mac-Phal Mac-Pherson, Ceely, Badcock и др.). Проф. Thiele (Казань) привил virus variol'ы коровам и сделал 75 пассажей, которыми привил до 3-х тысяч лиц, причем 1-ая до 3-ей и реже до 10-ой генерации давали у привитых нередко общее высыпание; с 10-й генерации генерализация процесса не наблюдалась. Работы Chauveau, произведенные по предложению Лионской Комиссии, привели его к выводам, что: „Вирус оспы при прививке корове и лошади дает поражения, отличающиеся от пузырьков вакцины-папулы; последние при переносе на человека заражают его оспой". Он заключает, что, несмотря на перекрестную иммунизацию, обе инфекции должны быть признаны различными. Voigt, Fischer и Haccius своими тщательными и многочисленными наблюдениями в конце прошлого столетия пришли к заключению о тождественности обоих инфекций. Fischer советовал применять для прививки животным материал человеческой оспы до наступления нагноения и образования пустул, при этом вместе с лимфой также основание оспин и приводить в более значительный контакт с организмом телят, и тогда успех обеспечен. Haccius категорически заявил (в „ответе проф. Chauveau"), что вариола при прививке рогатому скоту превращается в вариолу-вакциону, способную вызвать только местное поражение.

Трудности прививки оспы рогатому скоту привели к опытам с другими животными, в особенности с кроликами, пригодность которых для таких целей установлена Calmett'ом и Guérinом. Voigt, Freyer показали, что кролик более восприимчив к вариоле, чем теленок, и у него быстрее происходит превращение ее в лапину—кроличью вакцину. Chaumier получил хороший эффект, прививая вариолу на ослах; полученный штамм был проведен на телятах до 15 генераций и при прививке людям оказался полностью идентичным с вакциной. Большой интерес вызвали работы Kelsch'а, который принципиально признавал идентичность обоих инфекций, однако, усомнился в правильности постановки опытов другими

[1]) Доложено на 6-ой Научной Конференции Белорусского Пастеровского Института 14 марта 1925 года

исследователями, а стало быть и в тех выводах, к которым они пришли Он поставил следующие опыты: он втирал на выбритую и скарифицированную поверхность кожи живота у телят чистый глицерин; этот опыт он произвел в стенах оспозаготовительного Института и получил рассеянные пустулы, которые при дальнейших прививках оказались типичной вакциной. Эти опыты послужили новым аргументом для дуалистов, которые сначала указывали, что так называемая вариола-вакцина есть ни что иное, как вариола, т. к. часто дает общее высыпание, и что типичная вакцина из вариолы не получена; теперь стали утверждать, что вариола-вакцина есть посторонняя инфекция вакциной и в таком именно смысле следует рассматривать удачные опыты превращения вариолы в вакцину. Дальнейшие наблюдения, произведенные с соблюдением соответствующих предосторожностей, подтвердили взгляд унитаристов, и последний был формулирован в 1911 году специальной германской комиссией на С'езде в Дрездене в следующих основных положениях: 1) Прививка вариолы животным вполне установлена (erscheint gesichert). 2) По сравнению с рогатым скотом кролик наиболее благоприятен для таких прививок. 3) Путем перенесения на рогатый скот происходит метаморфоз вариолы в вакцину, так что получается только характерная локализованная коровья оспина...

В настоящее время вряд ли можно сомневаться в том, что variola и vaccina вызваны одним и тем же возбудителем, и что так называемая генуинная коровья оспа представляет особую нозологическую единицу. Раньше, когда оспа среди людей имела большее распространение, коровья оспа встречалась гораздо чаще (Гамалея). К тому же, как отмечает проф. Гамалея, коровья оспа с клинической точки зрения очень близко стоит к инокулированной. Последняя в довакцинальный период была широко распространена в разных странах, где практиковалась массовая прививка высушенного материала человеческой оспы в целях перенесения легкой инфекции и сообщения организму иммунитета. Проф. Paschen дает описание инокулированной оспы среди негров, где он наблюдал массовую прививку в недавнее время. И, действительно, по клинической картине инокулированная оспа в легких случаях примыкает к картине вакцинной инфекции: через трое суток после прививки наблюдается образование бугорка, затем протопустула, отличающаяся от вакциональной пустулы более значительными размерами; через 8 суток сильная лихорадка, головная боль, содержимое пустулы в течение 3-х дней мутнеет, и вокруг нее появляется 20-30 дочерних пустул; затем падение лихорадки и подсыхание пустул. С другой стороны в тяжело протекающих случаях инокулированной оспы с общим высыпанием, картина болезни чрезвычайно близка к вариолоиду, с той лишь разницей, что протопустула отсутствует, но, как показывают случаи Trousseau и Tordeus'а (Гамалея. Оспопрививание), протопустула образуется при заражении, быть может где-либо в дыхательных путях. Разница в клинической картине вакцины и вариолы должна рассматриваться, как зависящая от количества и вирулентности поступающего в организм возбудителя и от скорости наступления иммунитета, который при вакцине наступает уже на 6-ой день (Pfeiffer). С этой точки зрения вполне понятны и описанные в литературе отклонения от нормального течения вакцины в сторону усиления их и приближения к течению инокулированной оспы, а именно появление добавочных пустул, общее высыпание, поражение внутренних органов и др. Так Ross описал у негров, весьма восприимчивых к оспе, на 1156 прививок в 240 случаях генерализованную вакцину с 16-ю смертельными исходами. Проф. Гамалея наблюдал случаи генерализованной вакцины у детей и 3 случая генерализации процесса у телят: в одном случае у теленка общая сыпь в особенности на коже головы, 2-ой случай паралича, при чем фокус в го-

ловном мозгу обнаружил содержание virus'a, в 3-ем случае инфаркт селезенки, как и при натуральной оспе. Указанные случаи рассматриваются автором, зависящими от высокой вирулентности вакцины, а также значительного поступления возбудителя в организм, ввиду большого поля прививки и применения согревающего компресса, способствующего более значительному и быстрому всасыванию возбудителя. Таким образом, можно вполне утверждать, что virus вариолы и вакцины вполне идентичны, причем в последнем случае дело идет лишь об ослаблении вирулентности, благодаря пассажу через организм коровы. Ослабление вирулентности микробов, факт, известный еще со времен Pasteur'a, который среди других способов (длительный непересев культур, выращивание при высокой температуре) доказал возможность ослабления и усиления вирулентности микробов путем проведения через организм соответствующих животных (virus краснухи свиней, virus бешенства).

Необходимо отметить, что основное свойство virus'a оспы – это чрезвычайная изменчивость ядовитости. Это явление ярко выступает при изучении эпидемий оспы в разных странах, а также у животных. Уже давно известен факт влияния расовых особенностей на тяжесть процесса. Так, негры чрезвычайно тяжело переносят оспу, то же можно сказать и о желтой расе: в Китае наблюдается особенно тяжелое осложнение при оспе (неизвестное европейцам), а именно искривления, укорочения и даже слияния костей голени; на Филиппинских островах, ввиду упадка оспопрививания с началом войны 1914 года, разразилась в недавнее время тяжелая эпидемия оспы, которая унесла свыше 50 тысяч человек, причем процент смертности среди невакцинированных достигал 93 проц. и даже среди вакцинированных 7 проц. и т. д. Но кроме внешних влияний, большую роль играют свойства самого вируса, который весьма варирует в своей ядовитости. В Америке, например, по данным разных исследователей, за последние 25 лет оспа существует в двух видах: чрезвычайно тяжелой с проц. смертности, доходящим даже до 46-85, с другой стороны, так называемая variola-alastrim, чрезвычайно легкая, никогда почти не смертельная и, вместе с тем, очень распространенная. В Бразилии, Кубе, Ямайке описаны так называемая оспа-санагоа, para-variolla, оспа-самоа, аластрим—заболевания с высокой лихорадкой, сливной оспоподобной сыпью и малым проц. смертности (на 250 тысяч случаев—2 проц.). Указанные заболевания не ведут к образованию телец Гуарниери на рогоце кролика, в оспинах-пустулах не найдены стрептококки, как правило находимые при натуральной оспе, но то обстоятельство, что вакцина предохраняет от указанных заболеваний—вполне устанавливает их связь с оспой. В новейшей статье проф. Gius'a (март 1925 г.) о вариоле и аластриме указывается, что многими авторами легкие оспоподобные заболевания в Англии и Швейцарии относятся к группе para-variola. Там же указывается, что аластрим уже проник (в 1923 г.) в Европу и наблюдения проф. Jorge'a показывают, что вакцина вполне иммунизирует против аластрима, и он считает аластрим производным из вариолы, мутацию в сторону ослабления, обладающую новыми особенностями. Не менее поучительные данные, указывающие на способность virus'a оспы образовывать стойкие расы, значительно отличающиеся друг от друга дают наблюдения над оспой у животных. С одной стороны коровья оспа со всем хорошо известным процессом местного характера; оспа у лошадей сопровождается уже более сильной лихорадкой, недомоганием, нередко, кроме местных пузырьков, у нее бывает и общее высыпание на коже головы; прививка людям лошадиной оспы дает более сильную реакцию, чем вакцина; variola, привитая лошади, дает генерализованный процесс, а подкожное введение вакцины—постоянно общее высыпание. Да-

лее, оспа овец—овина—заболевание чрезвычайно тяжелое, аналогичное вариоле, с высокой лихорадкой, общим высыпанием, высоким проц. смертности, и связь ее с человеческой оспой (раньше отрицалась) в настоящее время может считаться вполне установленной: Chaumier получил из овины вакцину; Galli-Valerio—на роговице домашней крысы тельца Гуарниери; Gins установил, что вакцина предохраняет от овины; Чинакарелли вакцинирует овец, проведенной через барана вакциной, впрыскиванием через трахею; описаны случаи заражения людей овиной (Willen, Bosk и др.). (Цитир. по Гамалея).

Обезьяны весьма восприимчивы к оспе, и прививка virus'а вариолы на них легко удается, причем получается вариолоид или variola vera, через несколько генераций вакцины. В 1922-ом году Klark Beyer описал следующее интересное наблюдение (цитир. по Гамалея): обезьяны вида Цебу в лесах по реке Урагваю заразились оспой у людей, и весь вид погиб от оспы, в то время, как оспа среди людей протекала очень легко. Наблюдения дают возможность некоторым авторам заключить, что даже между отдельными видами обезьян существуют большие отличия в восприимчивости. A. Gwiander в статье об „оспе домашних животных" отмечает, что „вероятно, все формы оспы у животных имеют общее происхождение, но различие в их патогенном действии зависит от того, что коренной virus путем долгого пассажа через разных животных приспособился к этим организмам". Более того, Levaditi и Nicolau в опытах с разновидностью возбудителя оспы, приспособившейся к центральной нервной системе (Annales de l'institut Pasteur 1923 г.), приходят к выводу, что приспособление virus'а к клеточной системе иной, чем та, к которой он приучен, придает ему новые приобретаемые им чрезвычайно стойкие свойства. Уже эти данные достаточны и с несомненностью указывают, до какой степени идет индивидуализация возбудителя оспы. Факт изменчивости микробов известен давно, в последнее время является программным вопросом на бактериологических с'ездах и на последнем VIII Всесоюзном с'езде проф. Златогоров высказал даже такое смелое предположение, что в теплое время года, когда людьми поглощается много фруктов он допускает, что под влиянием сахаристых веществ может произойти изменение bact, coli в дизентерийную палочку. Проф. Wassermann в статье: „Ретроспективный обзор и перспективы будущего", посвященный 50-летию журнала „Deutsche Medizinishe Wochenschrif" определяет взгляд на будущее микробиологии под знаком возрождения „неспецифичности"—протеиновая терапия, мутация микробов. „Изменчивость микробов при быстрых сменах поколений является лишь наиболее ярким и выпуклым примером общебиологических законов трансформизма, прочно установленных для всех живых существ" (Гамалея). Что касается вопроса о морфологических особенностях возбудителя оспы, необходимо указать, что разные бактерии были подозреваемы в качестве возбудителей оспы. С особенным постоянством находили в пустулах при вариоле стрептококков и стафилококков; в оспенной вакцине фарфоровый стафилококк находят до того постоянно, что согласно Belen'у вакцина теряет свою силу с исчезновением стафилококка. Однако, после того, как стало известно, что содержимое везикул до превращения в пустулы свободно от бактерий и дает положительный прививочный эффект; далее, когда была доказана фильтруемость virus'а оспы, сначала Borrel'ем для овины, затем Negri для вакцины, вопрос о принадлежности возбудителя оспы к так называемым видимым микробам, для которых считалось характерным непроходимость через мелкопористые фильтры (Chamberland, Berkefeld) совершенно отпал. В настоящее время можно лишь на основании фильтруемости virus'а оспы установить чрезвычайно малую величину возбудителя, т. к. известен ряд микроорганизмов,

совершенно установленных, видимых, для которых доказана проходимость через фильтры (spirillum parvun, virus перипневмонии, spirochaeta ictero-haemorrhagica, spirochaeta Duttoni и др.). Вопрос о протозойной природе возбудителя был впервые возбужден Pfeiffer'ом. Он описал амебовидные образования в крови больных оспой, которые однако оказались так же, как и variola-amoeba van der Löff'a продуктами дегенерации клеток. Далее описана Guarnieri образования, значение которых для оспы является весьма специфическим. Если привить на роговицу кролика небольшими надрезами частицу оспенной или вакцинной лимфы, то уже через 30 часов наблюдается утолщение эпителия, а через 3 дня припухание, при чем на срезах, окрашенных гематоксилином или другими ядерными красками, ясно видно рядом с ядром клеток сильно окрашенные образования, окруженные светлым ободком. В то время, как большинство образований красится целиком лишь ядерными красками, некоторые обладают оболочкой, которая окрашивается протоплазматическими красками. Форма телец различна: то круглые, то овальные, то форма полумесяца, серпа, веретена; величина доходит до половины ядра. Эти образования найдены также в коже, на слизистых оболочках верхних дыхательных путей вплоть до бронхов (Concilmann, Magrat). В вопросе о том что представляют указанные образования—мнения авторов расходятся. Некоторые (Ferrani, Massari, Hückel и др.) тщетно пытались доказать неспецифичность их для оспы; действием на роговицу кротонового масла, паров осмия, дифтерийным токсином, стафилококками, стрептококами, бульоном, гонококками, они иногда получали образования лишь одиночные и по отношению к окраске отличные от телец Guarnieri. Мечников считал их за характерные для вакцины продукты дегенерации, мигрировавших лейкоцитов, однако опыты Prowazek'a с прививкой на энуклеированный глаз показали, что получились типичные тельца Guarnieri в то время как участие лейкоцитов было исключено. Guarnieri, Pfeiffer, van der Löff считают их возбудителем оспы и относят к protozoa. По Guarnieri паразит проникает при прививке в эпителиальную клетку роговицы, располагается поблизости ядра, где он дальше развивается и окружается оболочкой; увеличиваясь, он оттесняет ядро клетки. Gins в новейшей работе сообщает, что тельца не являются составной частью ядра или протоплазмы, а самостоятельными образованиями (selbständige, zellfremde Gebilde), которые при ранних стадиях инфекции можно найти между эпителиальными клетками. Против признания телец Guarnieri возбудителем вариолы вакцины, говорят работы Prowazek'a Foa, Paschen'a и др. Авторы приводят следующие соображения: virus вариолы-вакцины фильтруется, между тем тельца Guarnieri по своей величине должны быть задержаны на фильтре. Против этого, однако, можно возразить, что возбудитель в определенной стадии развития настолько мал, что может проходить через поры фильтра. Самыми ценными доводами являются опыты Foa, которая при помощи химическ. веществ сильно повреждала и даже вызывала полное исчезновение телец Guarnieri, между тем заразительность virus'a не изменялась. Мнение большинства авторов в настоящее время склоняется к тому, что тельца Guarnieri включают в себе возбудителя, его окружают оболочкой (Chlamidozon Prowazek'a), которая является продуктом реактивных изменений клетки. Prowazek указал, что внутри телец Guarnieri можно найти маленькой неправильной формы образования, так назыв. инициальные тельца; они имеются и вне телец Guarnieri в протоплазме пораженной клетки и весьма сходны с подобными включениями при других заболеваниях с фильтрующимся вирусом: бешенстве, трахоме, куриной чумы, желтухе шелковичных червей и др. (Chlamidozoa). Lipschütz назвал их стронгилоплазмами и считал их клеточными и ядерными паразитами. Однако ни тельца Guarnieri, ни иници-

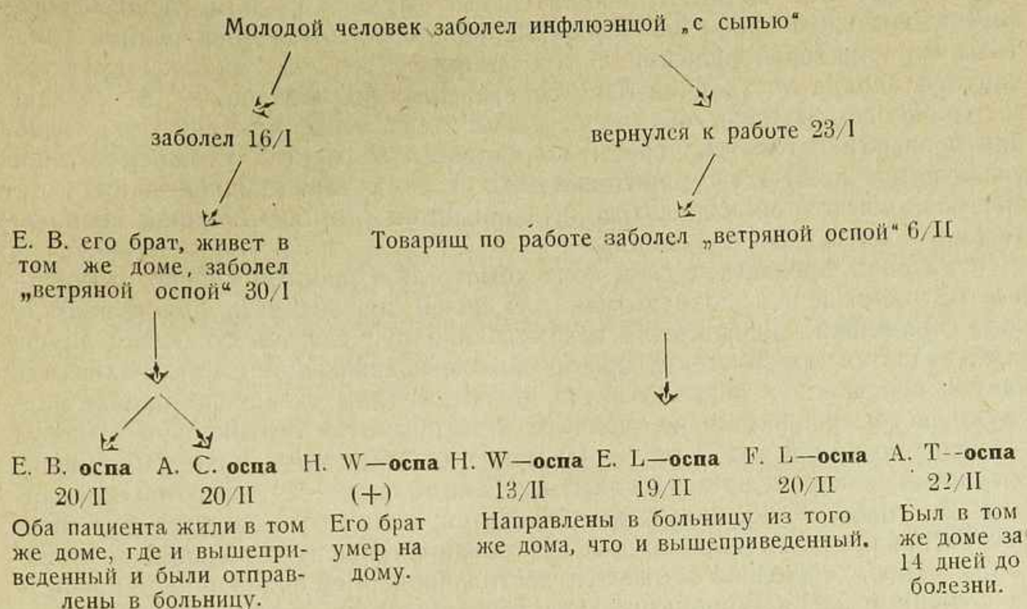
альные тельца Prowazek'а до сих пор не удалось изолировать от остальных тканей, а посему можно лишь утверждать их специфичность для вариолы вакцины. Возбудителем оспы надо считать описанные Wolpino в эпителии роговицы чрезвычайно малые в $^1/_4$—$^1/_5$ микрона круглые, слегка удлиненные образования, мало блестящие, в темном поле очень подвижные, лежащие, главным образом, в клетках, реже в межклеточных пространствах, чрезвычайно многочисленные. Paschen нашел еще в 1907 году аналогичные коккоподобные образования, делящиеся на подобие гирь, не окрашивающиеся обычными способами. После этого он проверил на сотнях случаев оспы и тысячах случаев вакцины в детской лимфе и постоянно получал положительный результат; он доказал их присутствие в мазках из привитой роговицы, в инокулированных пустулах у негров, в пустулах у обезьян. Эти данные были подтверждены рядом авторов (Hallenbreger, Becker, Fahr и др.) Из русских авторов Морозов на последнем (VIII) с'езде бактериологов сообщил о своих наблюдениях, с 1914 года, вполне подтверждающих работы Paschen'а. Он считает, что на основании большего или меньшего содержания их в мазках из вакцинальных пустулах, а также большего или меньшего присутствия форм деления можно иметь более точный критерий, чем по внешнему виду, для оценки качества детрита. Bönig, в работе опубликованной в 1920 году при помощи чрезвычайно тонкой техники окрашивания, устанавливает изменения, которые претерпевает возбудитель при проникновении в эпителиальную клетку и считает описанные им среди телец Guarnieri и внутри ядер образования вполне сходными с описанными Paschen'ом в качестве возбудителя оспы тельцами. Развитие этих телец по Paschen'у следующее: попадая в ток крови при оспе, они проникают в клетки эпителия, там размножаются, частью окружаются оболочкой (т. Guarnieri, chlamidozoon Prowazek'а), после разрыва набухших клеток они попадают в лимфу. Paschen не считает инициальные тельца Prowazek'а дальнейшей стадией развития возбудителя, ввиду их скудности по сравнению с описанными им тельцами. Пропуская сильно разведенную оспенную лимфу через Berkefeld'овский фильтр и освобождая, таким образом, ее от посторонних микроорганизмов, а затем концентрируя фильтрат пропусканием через коллодийный (агаровый) фильтр (способ Prowazek'а), можно обнаружить на мазках из материала на фильтре чистую культуру телец Paschen'а, а при прививке на роговицу кролика типичные эпителиозы с тельцами Guarnieri (реакц. Paul'я). Иммунная вакцинная сыворотка в понижающихся дозах агглюцинирует эти тельца в разведениях детской вакцинной лимфы, которая представляет чистую культуру возбудителя (Paschen). Gins нашел, что тельца Paschen'а могут быть находимы всегда при оспе на зеве больных. Что же касается получения культуры возбудителя и получения им экспериментального заболевания (последние этапы с точки зрения триады Koch'а для установления специфичности возбудителя), то по этому поводу имеются в литературе следующие данные, заимствованные у Гамалеи. Fornet сообщил несколько лет тому назад, что им получена чистая культура возбудителя из детрита, путем обработки его эфиром: все посторонние микробы были убиты, остался лишь жизнедеятельным микроб вакцины. Проверочные опыты не подтвердили эти данные. В 1922 году Fornet сообщил видоизменение своего способа, производя стерилизацию парами эфира в особом для этой цели сконструированном аппарате. Из такого детрита он получал культуры возбудителя. Plotz в Институте Pasteur'а получил культуры возбудителя, которые им доведены до 14 пересевов. Гецова, сравнивая тщательно гистологическую картину папул и органов кроликов, привитых вакциной и культурами Plotz'а, нашла в них тождественные изменения (сообщение в Базельском Медицинском Обществе

1923 г.). Везде были ею найдены тельца Guarnieri и, кроме того, на очень тонких срезах, окрашенных methylenblau по Mallori или при рассматривании в темном поле обнаружены своеобразные зернышки очень сильно преломляющие свет и окруженные светлым поясом. Эти зернышки найдены в содержимом пустул, а также в большом количестве в лейкоцитах, эпителии, эндотелии кровеносных и лимфатических сосудов, в селезенке, в орхите. Они, повидимому, размножаются в лейкоцитах. Из указанного ясно, что можно присоединиться к мнению Paschen'а, что возбудитель оспы с вероятностью, граничащей с достоверностью, может считаться установленным.

Интерес представляет также вопрос о сравнительном взаимоотношении virus'а оспы с другими нейротропными virus'ами: virus herpes'а, encephalit'а, бешенства, полиомиэлита. Нейротропность оспенного virus'а установлена недавними работами Levaditi, Harvier и Nicolau, которые получили оспенный virus fixe (инкубац. период 4—5 дней, степень вирулентности $^1/_{100.000}$ для кроликов) и установили следующие общие свойства указанных virus'ов: 1) они все фильтруются, все сохраняются в сухом виде, в глицерине, не культивируются на питательных средах, а только в симбиозе с клеточными элементами. Но они различны, т. к. неодинаково действуют на различные виды животных и не вакцинируют друг от друга. 2) Все они не имеют выраженного аффинитета (способность, будучи введенным в ткань, фиксироваться и, вызвать местное поражение) к тканям производным мезодермы и, будучи введены подкожно, внутривенно или внутрибрюшинно—оказываются безвредными или слабо вирулентными. 3) Они имеют избирательный аффинитет к тканям, происходящим из эктодермы (кожа, роговица, нервная система) и верхних сегментов эктодермы (слизистая носоглотки и щек). Так а) оспенный детрит имеет облигатный аффинитет к коже и роговице и факультативный к мозгу, b) то же virus herpes'а, а virus encephalit'а имеет общий облигатный аффинитет к коже роговице, нервной системе центральной и периферической, c) virus бешенства обладает теми же свойствами с той лишь разницей, что аффинитет к коже и роговице дает ему возможность внедриться в организм и направиться по нервам к цереброспинальному центру, не вызывая местных поражений, d) virus полиомиэлэта имеет аффинитет лишь к серому веществу мозга. Таким образом, чем более virus приобретает аффинитет к коже и роговице, тем менее он способен поражать нервную систему. Указанные данные побудили авторов выделить заболевания в группу „ectodermoses neurotropes" и дальнейшими наблюдениями показали, что иммунитет при этих заболеваниях зависит, в первую очередь, не от антител сыворотки и фагоцитов, а слагается из местных иммунитетов отдельных восприимчивых к virus'у тканей, приобретающих способность самостоятельно, независимо от остального организма, убивать проникший virus.

С введением оспопрививания, в особенности в странах с обязательным оспопрививанием, нетипичные случаи оспы, вариолоид—так называемая оспа вакцинированных,—наблюдается гораздо чаще, чем variola vera, диагностика которой в сущности не представляет затруднений, ввиду весьма характерных клинических симптомов. Эти не типичные случаи в особенности в начале эпидемий весьма часто пропускаются и обычно проходят под диагнозом ветряной оспы или другим каким-либо. А между тем важность раннего и особенно правильного распознавания в этих начальных случаях ясна сама собой. В Германии, например, в 1916—17 году наблюдалась вспышка эпидемии оспы: беженцами с Волыни была занесена оспа в Германию и в одном только Гамбурге дала 227 случаев (для

Германии цифра колоссальная); эпидемия распространялась очень быстро, причем первые случаи трактовались, как ветряная оспа, и лишь появление смертных случаев от „ветряной оспы“ у взрослых привело к установке истинного характера эпидемии. Чрезвычайно яркий пример приводится Wanklyn'ом:



С другой стороны во время эпидемии слишком много диагностицируют оспу. Заведующий Лондонской больницей для оспенных больных приводит следующие характерные данные: из 7842 больных, доставленных с диагнозом „оспа“, в 607 случаях дело шло вовсе не об оспе, причем чаще всего оспа смешивалась с ветряной оспой. Из сказанного ясно, что вопрос о лабораторной диагностике напрашивается сам собою. В Германии, где на борьбу с оспой обращается самое серьезное внимание, с одной стороны путем самого тщательного проведения закона об обязательном оспопрививании, с другой—путем прекрасно поставленного санитарного надзора и вылавливания подозрительных по оспе заболеваний, важность лабораторной диагностики оспы осознана не только врачебными массами, но и правительственными учреждениями и осуществляется в последнее время в полной мере. Раньше для этой цели пользовались нахождением телец Guarnieri в роговице кролика, привитой подозрительным материалом из везикул или пустул. Роговицу рассматривали на тонких срезах, при чем тельца могут быть найдены (в положительных случаях), главным образом, в многослойном эпителии роговицы. Можно приготовить мазки из соскоба роговицы и рассматривать в свежем виде в темнопольном освещении или окрасить по Гимза, гематоксилином с эозином и др. В настоящее время классическим считается способ Paul'я директора Венского Оспопрививательного Института. Способ этот принят Германским Министерством Внутренних Дел, как обязательный при всех случаях, подозрительных по оспе. Материал из везикулы или пустулы кладут на стеклышко (покровное), высушивают на воздухе без подогревания и направляют в лабораторию. По Paul'ю исследование производится следующим образом: кролику на глаз вводят каплю 5 проц. раствора кокаина, затем тонкой иглой производят нежные в виде решетки скарификации, материал на стеклышке разводится в капельке физиологического раствора Nacl и прикладывается к роговице. На второй день появляются на месте

надрезов утолщения и помутнения роговицы, становящиеся все более заметными в последующие дни. Через 30—48 часов глаз энуклеируется, для чего шелковая ниточка вводится в углубление для глазного яблока и, перевязав сзади нерв, глазное яблоко отрезается позади завязанной нитки. Затем его помещают на 10 минут в раствор из 4,0 сулемы, 30,0 Alcohol absol и 60,0 Aq. destill. В положительных случаях на помутневшей роговице видны вдоль надрезов беловатые, возвышающиеся образования с маленькими кратерообразными углублениями. Уже эта макроскопическая картина вполне достаточна для определения диагноза оспы. В случаях ветряной оспы надрезы быстро исчезают и на месте их никакого следа. Для проверки готовятся срезы из роговицы, на местах утолщения лишь увеличенное количество эпителиальных клеток—эпителиозы—и отсутствие мелкоклеточной инфильтрации в sulstantia propria—признак воспалительного характера поражения.

Paschen предлагает свой более быстрый и простой способ, основанный на нахождении возбудителя, для целей диагностики. Краем покровного стеклышка раздражается везикула или пустула; выступающая лимфа захватывается краем стекла при легоньком надавливании, дабы захватить клетки основания и размазывается на предметном стекле наподобие мазка крови; высушивается на воздухе и погружается вертикально в сосуд с дестилированной водой на 5—10 минут (чтобы смыть излишек лимфы); высушивание и фиксация—абсолютным алкоголем 1—24 часа или метиловым алкоголем 5—15 минут; высушивается; наливается на препарат лефлеровская протрава (хорошо профильтрованная) при подогревании до появления паров, тщательно смывается дестиллированной водой и окрашивается фуксином Ziel'я (хорошо профильтрованным) при подогревании до появления паров; смывается Aq. destill и промывается в абсолютном алкоголе или погружается на 5 минут в 5 проц. раствор таннина, промывка и высушивание. В случаях оспы на препарате сплошь тельца Paschen'a.

В периоде нагноения многими авторами (Jobbling, Xylander) рекомендуется для целей диагностики метод связывания комплемента. Klein и Konschegg проверили его на 200 случаях, применяя в качестве антигена экстракт из свежих оспенных корок. Fièche в Швейцарии применяет способ кожной аллергии. Путем долгих и частых прививок на самом себе вакцины, он получил повышенную чувствительность к вакцине и тем самым и к variol'е. Прививая материал из исследуемой пустулы, убитой путем нагревания, на свою руку и делая контрольные прививки вирулентной вакциной, он только в случаях, если материал принадлежал оспенной пустуле, получал аллергическую реакцию. Fièche указывает, что, таким образом, он ставил диагноз в 4 часа. Такие же результаты получили на кроликах Force u Beckwith. Knöpfelmacher применяет подкожное введение разведенной 1:200 и нагретой до 58—70° авирулентной лимфы для целей диагностики. Положительный результат у непривитых, выражающийся в соответствующей реакции, вполне подтверждает диагноз оспы.

ЛИТЕРАТУРА.

Проф. Н. Ф. Гамалея. Оспопрививание. 1924 г.

Kolle u. Wassermann. Handb. der pathogenen Microorganismen.
E. Tomarkin u. H. Carrière. Variola und Vaccine. Band VIII. 1913.

Kraus u. Lewaditi. Handb. der Technik und Methodik der Immunitätsforschung.
E. Paschen. Ueber den Erreger der Variolavaccine u. s. w. 1911.

Iochmann-Hegler's. Lehrbuch der Infectionskrankheiten.
Prof. Paschen. Die Pocken. Vaccination. 1924.

E. Abderhalden. Handb. der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. XIII. Teil I, Heft. 3
Adolf Gminder. Pocken der Haustiere 1922.

Dr. Karl Supfle. Leitfaden der Vaccinationslehre. 1910.

Weyls. Handbuch der Hygiene. Prof. Gumprecht. Prophylaxe der Infectionskrankheiten. VIII Band. 1921.

Труды VIII С'езда бактериологов, эпидемиологов и санитарн. врачей. 1925 г.

Lewaditi et Nicolau. Ectodermoses neurotropes. Etudes sur la vaccine. Annales de l'institut Pasteur № 1. 1923.

Prof. Gins. Variola u. Alastrim. Klinische Wochenshrift № 10. 5 März 1925.

Lewaditi, Harwier et Nicolau. Об энцефалите, так называемом „летаргическом". Analles de l'institut Pasteur № 36. 1922.

Б. С. Дубровинский. Оспопрививание в Германии. Гигиена и эпидемиология № 3. 1924 г.

Реакция скорости осаждения эритроцитов.

Современное состояние вопроса.

(Из клиники нервных болезней Б. Г. У. Директор клиники—профессор М. Б. Кроль).

Ординатор клиники **Ф. А. Богорад.**

Эритроциты, находящиеся в кровяной плазме человека во взвешенном состоянии, при известных обстоятельствах, вне организма, а возможно и в живом организме, обладают способностью к осаждению. Если смешать кровь с веществом, предохраняющим её от свертывания, и оставить на некоторое время в пробирке, то вскоре верхняя часть кровяного столбика сделается прозрачной, состоящей из одной только кровяной плазмы, в то время, как эритроциты за это время опустятся на некоторую высоту.

Еще в древности было замечено, что иногда над сгустком свернувшейся крови, взятой у больного, образуется слой прозрачной кровяной плазмы, не содержащей эритроцитов, последние, вероятно, вследствие повышенной скорости их осаждения, успевали осесть, еще до того, как свернется кровь. Древние авторы называли верхний слой кровяного сгустка, не содержащий красных шариков—crusta sanguinis. Ему придавалось большое значение, так как образование его указывало на какой-нибудь воспалительный процесс в организме человека. Что касается более нового времени, то в I половине XIX столетия crusta sanguinis и связанные с нею проблемы были предметом живейшего изучения.

Во II-ой половине XIX века и в связи с усиливающимся интересом к клетке, ее физиологии и патологии, это явление как бы совершенно забывается. Crusta sanguinis и связанной с нею скоростью осаждения эритроцитов никто не занимается. Работа Biernacki'ого о скорости осаждения эритроцитов, появившаяся в 90-х годах прошлого столетия, прошла незамеченной, так как не соответствовала интересам времени. С началом же XX столетия начинается возрождение и дальнейшее развитие так называемой гуморальной патологии, поэтому неудивительно, что сообщение Fahraeus'а в 1918 году о скорости осаждения эритроцитов, привлекло всеобщее внимание, возбудило интерес к изучению этого явления и послужило поводом для целого ряда клинических и экспериментальных работ.

Техника производства реакции довольно простая. Fahraeus смешивал 8 кб. см. крови, взятой из вены, с 2 кб. см. раствора лимонно-кислого натрия в пробирке, высотой в 17 см. и диаметра 1 см. Через час он измерял высоту прозрачного столбика плазмы, что соответствует также скорости осаждения эритроцитов в 1 час. В дальнейшем техника несколько изменялась, для того, чтоб реакцию можно было производить с малым количеством крови; последнее очень важно при систематических исследованиях, когда приходится часто брать кровь у больных, а также для того, чтоб устранить различные случайные влияния, могущие отражаться на ходе реакции. Однако, в настоящее время не существует еди-

нообразного метода исследования скорости осаждения эритроцитов: у разных исследователей эта методика различная. Так для того, чтобы предотвратить свертывание крови, ее смешивают с раствором лимоннокислого натрия. При этом Plaut употребляет 1,1% раствор, Linzenmeier —5%, Westergren 3,8%. Plaut берет на 1 часть лим.-кислого натрия 3 части крови, Linzenmeier и Westergren на 1 ч. раствора натрия 4 части крови. Смысл того или другого % раствора лимонно-кислого натрия заключается в стремлении получить изотонический раствор. Таким Westergren считает раствор из 3,8 гр. лимонно-кислого натрия (трехосновного) в 100 кб. см. дестиллированной воды. Но его же исследования показали, что скорость осаждения эритроцитов почти не отличается, будет ли взят 5%, 3,8% или 2% раствор. Гораздо большее значение имеет степень разведения крови этим раствором: чем больше разведение, тем меньше скорость осаждения. Раствор лимонно-кислого натрия набирается в шприц, затем делают венную пункцию и набирают необходимое количество крови. Содержимое шприца выливают в пробирку. В дальнейшем разные исследователи поступают по разному. Те, которые употребляют сравнительно большие количества крови, оставляют ее в пробирке и через определенное время отсчитывают масштабом высоту прозрачного столбика плазмы. Так делает Plaut, этот способ приводится в руководстве Kafka, им же пользуется Löwenberg. Другие исследователи, которые пользуются небольшими количествами крови, из пробирки, в которую они предварительно выпустили кровь, насасывают ее в пипетку определенной высоты и диаметра в 2—3 mm. На пипетках имеются деления, и через определенное время отсчитывается высота столбика плазмы. Ширина сосуда, в котором осаждается кровь, оказывает влияние на скорость осаждения эритроцитов, но в небольших пределах разница эта ничтожна. По Westergren'у в пипетках с диаметром в 2,4 мм. и 2,7 мм. скор. осажд. эритроц. одинаковая. В очень узких трубках (меньше 2 мм. в диам.) скор. осаждения резко уменьшается, между тем как в трубках с диаметром в 2—3 мм. скорость осаждения больше, чем в трубках с диаметром в 5—10 мм. Как диаметр, так и высота кровяного столбика должны быть при всех исследованиях одними и теми же. Кровяной столбик не должен быть слишком низким, чтобы дать возможность эритроцитам осадиться полностью, до конца.

При исследовании ск. ос. эр. в пипетках с диаметром в 2—2,5 мм, обыкновенно, пользуются кровяным столбиком в 200—180 мм. Что же касается времени, в течение которого наблюдается осаждение, то большинство авторов отсчитывают высоту столбика после первого, второго часа и после 24 ч., Plaut отсчитывает через 1 ч., 6 ч. и 24 ч., Abundo через час—7 часов и 24 часа Westergren считает достаточным отметить скорость осаждения за первый час. Paulian Demètre и Tomovici отмечали скорость осаждения в первые полчаса. Вообще же время, в которое происходит полное осаждение, варьирует от трех—четырех часов до нескольких суток. Если нужно сделать сразу несколько исследований, то кровь, выпущенная из шприца в пробирку, может в ней оставаться несколько часов без того, чтобы это влияло на скорость осаждения; по Westergren'у—4—6 часов, по Kovaco—до 10 часов. Нужно только хорошо смешать кровь, прежде чем набирать в пипетки.

От этой методики несколько отличается метод Linzenmeier'a и его последователей. Они отмечает время, за которое эритроциты опустятся на определенную высоту.

Linzenmeier отмечает время, за которое эритроциты опустятся на 18 мм., при общей высоте столба в 40—50 мм. Löhr отмечает время осаждения на 24 мм. Moral на 12 мм. Frisch Starlinger на 6—12—18 мм. Этот метод менее удобен, чем предыдущий, так как приходится все время

следить, опустились ли эритроциты на требуемую высоту, что при большом количестве трубок становится особенно затруднительным. Стремление пользоваться, как можно меньшим количеством крови, привело к выработке микро-метода. Еще Fahraeus выработал метод, для которого достаточно было нескольких капель крови, но скоро бросил его. Впоследствии были выработаны другие микрометоды, не имеющие никаких особых преимуществ перед методом Fahraeus'а. Большинство считает микрометод недостаточно точным, и он нигде почти не употребляется.

Исследование скор. осажд. эритроц. должно производиться всегда при одной и той же t°, так как при различных температурах ck. ос. эр. будет различна. Если взять за норму ck. ос. при комнатной t° в 17°—20°, то с понижением t° ck. ос. будет уменьшаться; с повышением t° ск. ос. эр. увеличивается, при +40,°+42° достигает максимума, а с дальнейшим повышением t°—снова уменьшается. Что же касается факторов, влияющих на скорость осаждения эритроцитов, то кроме вышеуказанных, чисто-внешних причин, как высота и ширина кровяного столбика, t° и др., на скорость осаждения эритроцитов оказывает влияние состав крови.

Уже Fahraeus указывал, что повышенное количество фибриногена и глобулинов увеличивает ск. осажд. эритроцитов. При дальнейшем изучении оказалось, что увеличение количества белков плазмы, вообще, увеличивает ск. ос. эр., но при этом глобулины играют главную роль, так как они повышают способность эритроцитов к склеиванию их друг с другом, к аггрегации, что обусловливает большую ск. осаждения их. При этом повышенное количество глобулинов в крови не всегда означает абсолютное увеличение их количества в крови, а иногда лишь повышение особых коллоидных свойств плазмы. Sachs связывал это явление с увеличенной лябильностью коллоидов, с более грубой дисперсией белков плазмы Kürten нашел, что, прибавление холестерина повышает ск. ос. эр., а лецитин уменьшает ее. Ley не мог подтвердить этих результатов. Linzenmeier подтвердил, что летицин уменьшает ск. ос. эр., но отрицает за холестерином способность увеличивать эту скорость. Следующим важным фактором, влияющим на ход реакции, является количество гемоглобина в крови. По Fahraeus'у с повышением % содержания Нв в крови ск. ос. эр. уменьшается. Впоследствии же оказалось, что не всегда можно установить эту зависимость, что повело к совершенному отрицанию некоторыми авторами зависимости между количеством Нв и ск. ос. эр. Для выяснения этого Westergren делал следующее: он центрифугировал кровь и делал различные разведения из плазмы и эритроцитов. Оказалось, что, если до разведения крови, ск. ос. эр. была нормальной или немного больше нормальной, то при разведении, т. е. с уменьшением Нв, увеличивается и ск. ос. эр. Наоборот, с увеличением концентрации Нв, ск. ос. эр. уменьшается. Если же в неразведенной крови ск. ос. эр. очень большая, то разведение оказывает мало влияния на осаждение эритроцитов. У малокровных больных получают иногда совершенно неожиданные результаты: с увеличением количества Нв увеличивается ск. ос. эр. и наоборот. Результаты же своих чисто-клинических наблюдений над зависимостью между количеством Нв и ск. ос. эр. Westergren формулирует так: 1) При умеренно пониженном количестве Нв в крови ск. ос. эр. бывает несколько повышена, при этом часто более, чем следовало бы ожидать по количеству Нв; 2) Умеренное повышение количества Нв ведет к некоторому замедлению ск. ос. эр; 3) При анемиях чаще наблюдается замедление ск. ос. эр. Большое ускорение осаждения бывает крайне редко, так как, повидимому, выступают и другие факторы, влияющие на ход реакции.

Кроме общего количества эритроцитов или количества Нв, на ск. ос. эр. влияет их способность к аггрегации. В одном случае с нормальной ск. ос. эр. Fahraeus видел аггрегаты из 11 эритроцитов, в другом случае с резко повышенной скоростью осаждения из 5586. При анемии уменьшается способность эритроцитов к аггрегации, часто также уменьшается количество белков плазмы и, таким образом, начинают действовать факторы, которые ведут к замедлению ск. ос. эр. Этим, вероятно, можно об'яснить, почему при анемии редко увеличивается ск. ос. эр., хотя содержане Нв и бывает пониженным. Увеличение количества углекислоты в крови замедляет ск. ос. эр. Leederz производил наблюдения над кровью, насыщенной CO_2 и O_2; в крови, насыщенною O_2, ск. ос. эр., была выше нормальной, насыщенной CO_2—ниже. Наблюдения Westergen'а над больными с недостаточностью сердечной деятельности показали, что ск. ос. эр. у них резко замедлена. В случаях, где наряду с цианозом бывали и отеки ск. ос. эр. была еще меньше, так как при этом часто бывает и повышенное количество воды в крови, а также и компенсаторное увеличение количества эритроцитов, что, в свою очередь, может повести к еще большему замедлению осаждения эритроцитов.

По Westergren'у ск. ос. эр. у нормального человека есть величина постоянная, и если она колеблется, то в очень малых пределах. В тех случаях, когда говорят об индивидуально высоких цифрах, нужно искать, по его мнению, какие-нибудь патологические процессы. Он определяет нормальную ск. ос. эр. в 1-ый час у мужчины в 3 мм., у женщины 7. Однако, до 7 мм. у мужчин и до 11 у женщин скорость еще находится в пределах нормы. Цифры, выше этих, безусловно патологичны. У некоторых авторов цифры почти такие же. Так Krimphoff считает нормальной скоростью для мужчины 1—5 мм., для женщин 3—8. Katz 2—5 мм. для мужчины, 4—7 мм. для женщины. Freund-Heschke 5 мм. для мужчин, 7 мм. для женщины. Другие авторы несколько повышают эти цифры, так Moral считает нормой для мужчины 18 мм., Kovaco—15, причем они не находят никакой разницы в осаждении эритроцитов в крови мужчины и женщины. Такое различие цифр может обусловливаться различием методики. Скорость осаждения в 1 ч. меньшая одного милиметра считается Westergren'ом субнормальной. У новорожденных скорость осаждения замедлена: 1—2 мм. и даже меньше. Dehoff устанавливает следующую ск. ос. эр. у детей разных возрастов: 1½—4 года 6—7 мм.; 3—6 лет 5—6 мм.; 7—8 лет 3—4 мм.; 9—14 лет 2—3 мм. Westergren находит, что с 4-х лет у детей ск. ос. эр. такая же, как у взрослых, а с 10 лет у мальчиков наблюдается некоторое замедление по сравнению с девочками того же возраста. Индивидуальные колебания у здоровых людей не нашли себе об'яснения до сих пор. Большую скорость осаждения эритроцитов у женщин связывают с повышенным содержанием глобулинов в их крови. Кроме того, у женщин содержание Нв меньше, чем у мужчин. Относительно же новорожденных думают, что у них повышена стойкость крови в смысле поддержания шариков во взвешенном состоянии, вследствие некоторых особых коллоидальных свойств ее плазмы.

Интересно, что ск. ос. эр. в норме почти одна и та же в разные часы дня. По Westergren'у колебания между данными, полученными утром и вечером, ничтожны. Если же утром ск. ос. эр. очень большая, то вечером она может отличаться от утренней. Так иногда в таких случаях, по вечерам осаждение оказывалось ускоренным на 20 мм. Прием пищи, по мнению W., на скорости осаждения эритроцитов не отражается, хотя некоторые авторы с этим не согласны и советуют проделывать реакцию натощак. Введение некоторых фармакологических веществ оказывается тоже не без влияния на ск. ос. эр. Büscher наблюдал после адреналина

ускорение, после пилокарпина—замедление реакции. Löhr согласен с ним относительно адреналина, но видел такой же результат и после пилокарпина. Adelsberger-Rosenberg исследовали кровь после ин'екции адреналина и пилокарпина через 3 и 20 мин., но при этом никакого изменения ск. ос. эр. не обнаружили. Hedén изучал действие ртути на ск. ос. эр. и пришел к выводу, что во время лечения ртутью ск. ос. эр. заметно повышается, но если до лечения она была очень высока, она после лечения может и понизиться.

Введение посторонних белков ведет к замедлению ск. ос. эр.

В заключение остается сказать, как протекает эта реакция при разных патологических состояниях и некоторых физиологических, как напр. во время месячных или при беременности.

Первое сообщение Fahraeus'а касалось скор. ос. эр. у беременных. Этим об'ясняется, почему первыми стали изучать эту реакцию акушеры и гинекологи. Им казалось, что с помощью этой реакции будет возможен ранний диагноз беременности. Впоследствии оказалось, что реакция не оправдала возложенных на нее надежд. Наблюдения показали, что отрицательная реакция, т. е. отсутствие ускорения осаждения эритроцитов, всегда с большой вероятностью говорит против беременности. Положительная же реакция не может с такой определенностью говорить за беременность, так как она может обусловливаться и другими моментами. С 3-го месяца беременности наступает уже заметное повышение ск. ос. эр., которое растет до конца беременности, после родов начинает понижаться и через несколько недель возвращается к норме. Что касается менструаций, то тут мы не видим единогласия у авторов. Одни говорят, что в это время ск. ос. эр. увеличивается, другие особой разницы не находят. Много занимались изучением ск. ос. эр. интернисты. Особенно интересны данные, полученные у больных легочным туберкулезом. Westergren подверг исследованию около 3000 таких больных. Уже при первых исследованиях он убедился, что в острых случаях туберкулеза ск. ос. эр. резко повышается, хронические же случаи характеризуются незначительным ускорением осаждения эритроцитов. Чем больше поражение, тем значительнее и ск. ос. эр. По Frisch-Starlinger'у доброкачественные формы легочного туберкулеза с наклонностью к рубцеванию, сухие плевриты, туберкулез бронхиальных желез сопровождаются, хотя и заметным, но не очень значительным повышением ск. ос. эр. В противоположность им формы, сопровождающиеся эксудативными процессами, разлитые пневмонии влекут за собой очень большую ск. ос. эр. С интенсивностью процесса ск. ос. эр. увеличивается. Введение туберкулина при активной форме вызывает очень резкое повышение ск. ос. эр., наоборот при старых процессах туберкулин не дает резкого увеличения ск. ос. эр. При туберкулезе эта реакция может иметь и прогностическое значение, больше чем какой-нибудь другой симптом, вроде t⁰, веса тела и т. п. В случаях легочного туберкулеза с нерезко повышенной ск. ос. эр. можно ставить хороший прогноз, в особенности, если эта скорость имеет тенденцию к уменьшению, несмотря на высокую t⁰, исхудание и т. д.

При туберкулезе других органов получались сходные данные. Несколько особое место занимает туберкулез кожи, при нем ск. ос. эр. очень мала, иногда ниже нормальной. Natan и Herald исследовали кровь сифилитиков. По их данным при lues I и отрицательном Вассермане ск. ос. эр. нормальна или ниже. При положительном Вассермане скорость увеличивается и с появлением сыпи достигает высшей степени. Третичный сифилис протекает с незначительной ск. ос. эр.

Наблюдения Plaut'а над душевно-больными показали, что наибольшая ск. ос. эр. отмечается при прогрессивном параличе, артериосклерозе

и сифилисе. Löwenberg произвел подобные же исследования у 4-х групп душевно-больных: 1) при прогрессивном параличе, 2) раннем слабоумии, 3) эпилепсии и 4) истерии и неврастении. Максимальную ск. ос. эр. он нашел при прогрессивном параличе, хотя в ранних стадиях при хорошем общем физическом состоянии ск. ос. эр. может быть и нормальной. Из 120 случаев в одном ск. ос. эр. у него была нормальной, в 4-х незначительно увеличена, в половине случаев ускорение было средним, в остальных отмечалось резкое повышение ск. ос. эр. Особой разницы, как в норме, и при других душевных болезнях между скоростью осаждения у мужчин и у женщин он не видал. В 3-х остальных группах наблюдалось небольшое повышение ск. ос. эр. Работа Löwenberg'a еще интересна тем, что он осаждал эритроциты одних больных или здоровых в плазме других больных и наоборот. Оказалось, что эритроциты прогрессивных паралитиков осаждаются в плазме шизофреников или нормальных людей медленнее, чем в своей, и наоборот. В своей второй работе Löwenberg приводит данные о влиянии t⁰ на ск. ос. эр. при разных душевных болезнях. При эпилепсии и шизофрении, так же, как и в норме, имеется средняя скорость при комнатной t⁰ в 18⁰, она понижается при t⁰ в 8⁰, и увеличивается при +37⁰. При прогрессивном параличе не наблюдается такой закономерности. Так в одних случаях, с очень большою ск. ос. эр. при комнатной t⁰, не было заметного ускорения при +37⁰. В других случаях наибольшая ск. ос. эр. наблюдалась при +8⁰, в третьих же наибольшая скорость была при +8⁰ и при +37⁰, а при комнатной t⁰ ск. ос. эр. была более или менее нормальна. Из исследований скорости ос. эр. у нервных больных, нужно отметить работу Stern-Piper, посвященную ск. ос. эр. при эпидемическом энцефалите. В острых случаях наблюдается ускорение осаждения, в хронических замедление. Paulian Demétre и Tovovici на основании этой реакции предлагают дифференцировать паркинсонизм после эпидемического энцефалита от болезни Паркинсона: при паркинсонизме ск. ос. эр. уменьшена, при б. Паркинсона повышена. Они же исследовали ск. ос. эр. при других нервных болезнях и нашли увеличение скорости при прогрессивном параличе и спинной сухотке.

Материалы 1-го Всебелорусского С'езда по сельской медицине.

(10—13 апреля 1925 г.).

Задачи и перспективы сельской медицины.

(Тезисы к докладу т. Барсукова).

1. Гнет царского помещичьего режима, империалистическая и гражданская война оставили в Белоруссии тяжелое наследство. Экономическая и культурная отсталость надолго будут служить тормазом к общему развитию народного хозяйства. Вследствие этих обстоятельств, массовое распространение социальных болезней на селе, ничтожное наличие санитарной организации и безусловная недостаточность лечебной сети ставят под угрозу проведение общих мероприятий по восстановлению крестьянского хозяйства. То, что в некоторых частях нашего Советского Союза является уже давно пройденным этапом в строительстве здравоохранения—здесь в Белоруссии является вопросом текущего дня.

2. В Белоруссии наиболее опасными болезнями, в смысле массового распространения, являются: а) желудочно-кишечные инфекции, брюшной тиф и дизентерия, зависящие от санитарно-технической неустроенности, отсутствия канализации и плохого санитарного надзора за источниками водоснабжения; б) туберкулез, сифилис, трахома, парша и чесотка, зависящие от экономической и культурной отсталости; в) малярия, развитие которой происходит от огромного количества заболоченных мест и недостаточности мелиоративных работ по осушке болот и г), наконец, детские болезни—скарлатина, корь, дифтерия, вызывающие ежегодно колоссальную детскую смертность. Причина сильного распространения детских болезней зависит от недостаточного школьно-санитарного надзора.

3. Наркомздравом БССР в октябре 1924 г. была сделана первая попытка внести плановость в организацию строительства сельской медицины, но недостаток отпущенных по бюджету средств не дал реальных результатов. Совместно с совещанием Заведующих Окружными Отделами здравоохранения была проработана сельская сеть и были даны указания по содержанию работы на селе.

4. В БССР на 3.810.330 сельского населения и 96.448 кв. верст имеется 170 врачебных участков, из них 78 больничных с 1368 койками и 124 фельдшерских пунктов. Таким образом, средняя площадь участка—570 кр. верст, на один участок приходится 22415 чел. и на одну общую койку—2.800 чел., а на одну заразную койку—15.000. Радиус участка, примерно равен от 14 до 20 верст. Эти средние цифры имеют в действительности большие колебания и дают лишь, в слабой степени, представление о недостаточности лечебной сети на селе.

5. На основании практики земской медицины, теоретически установлено, что, для нормального обслуживания сельского населения, лечебно-санитарная сеть должна удовлетворять следующим условиям: площадь медицинского участка 310 кв. верст, население 8.000—10.000 чел., радиус

10 верст, коек 3,3 на 1000 населения, из которых общих 2: 0,8 заразных и 0,5 родильных. Исходя из этих расчетов, нормальная сеть БССР должна включать 350 участков и 12673 койки. Таким образом, нынешняя сельская амбулаторная сеть удовлетворяет потребности крестьянства только на половину, а коечная помощь на 11 проц. Даже, если добавить к наличию теперешней сельской сети 1.068 коек, расположенных в окружных городах и предназначенных к обслуживанию крестьянства, то полученная цифра 2.436 составит 20 проц. нужного для сел количества коек.

6. Приведенное выше примерное исчисление также нуждается в поправке, так как при составлении его недостаточно учитывалась профилактическая, диспансерная (предупреждение болезней, оздоровление крестьянского быта) сущность советского медицинского участка, а также территориальное расположение последнего соответственно новому административному делению по сельсоветам

7. На практике—эта диспансеризация, т.-е. приближение лечебно-санитарной помощи к крестьянской массе, должна вызвать соответствующее увеличение количества и изменение качества медицинского персонала, работающего на селе. Сельский врач не только лечит больного, прописывает ему медикаменты, но также и оздоровляет труд и быт крестьянства и вместе с крестьянином участвует в коммунальном строительстве: бань, колодцев, жилищ и т. п.

В силу этого, сельский врач не должен быть прикрепленным только к своей амбулатории, но должен иметь возможность передвижения по всему району. Вопрос о снабжении медицинского участка перевозочными средствами приобретает принципиальное значение. Кроме того, применение территориально-административного принципа вызовет в дальнейшем уменьшение радиуса участка и приближение его к административному делению, т.-е. организации участков в каждом Сельсовете.

8. Явно неудовлетворительная сельская сеть по количеству и качеству участков и лечебных коек далеко не заполнена медицинским персоналом и не только потому, что штаты несоответственно малы, но и потому, что даже штатные места невозможно заполнить. Низкая заработная плата и тяжелые обще-бытовые условия, в которых приходится жить сельскому медработнику—главная причина этого. Из всех врачебных участков лишь 34 имеют по 2 врача, только 28 врачебных амбулаторий имеют в штатах по 4 человека. Из 124 фельдшерских пунктов—105 с одной штатной единицей, без акушерки.

9. Качественный состав медперсонала, работающего на селе, требует освежения, переподготовки и усовершенствования на особых курсах. Оторванность от научных культурных центров, заброшенность медработников по глухим углам не дает им возможности быть в курсе всех вопросов современной постановки медицинского дела, а потому крайне необходимо предоставить право сельским врачам, проработавшим на участке 3 года, на научные командировки в университетские города не менее, чем на 2 месяца. Соответствующая переподготовка требуется и для фельдшеров. Одним из средств для привлечения врачей на участки и улучшения материального положения фельдшеров является увеличение заработной платы и издание в декретивном порядке положения о правах и обязанностях сельского медперсонала.

10. Количественная недостаточность сельской медико-санитарной сети углубляется еще качественной неудовлетворительностью оказания лечебной помощи. Необходимо отметить почти полное отсутствие специальных видов квалифицированной лечебной помощи. Крестьяне и крестьянки не в состоянии получить на месте надлежащее специальное лечение. Глазные, кожнополовые болезни и туберкулез очень часто не лечатся. Хирургическое

и гинекологическое пособие сельский врач не может выполнить из-за отсутствия соответствующей больничной обстановки. Зубная помощь отсутствует. Дальнейшее строительство медико-санитарной сети на селе должно предусмотреть организацию специальных видов помощи по такому расчету: глазные, хирургические, кожные и половые болезни потребуют 0,1 койки на тысячу населения, зубная помощь по одному зубкабинету на участок, психиатрическая помощь 0,6 койки на тысячу населения, госпитализация хроников и туберкулезных потребует 1,5 койки на тысячу, т.-е. еще около 5.000 коек на всю БССР.

11. Считая, что медикаментозное снабжение, при современных условиях, играет еще существенную роль в состоянии обращаемости болеющего крестьянства, необходимо констатировать, что сметы медучастков на отпуск медикаментов крайне недостаточны. Крестьянство, в значительной своей части, лишено и лекарственной помощи. Необходимо отметить правильность подхода Наркомздрава в деле открытия в гуще крестьянского населения показательных аптек, торгующих по себестоимости, без коммерческой прибыли, и желательность расширения сметы медучастка на приобретение медикаментов, дабы в большей степени бесплатно удовлетворить крестьянство нужными лекарствами.

12. Нынешний медицинский участок ни в коей степени не может удовлетворить крестьянство, с точки зрения имеющихся в нем средств по обеззараживанию сельской местности и деревенского поселка. Полное отсутствие дезинфекционных установок и простейшей санитарно-бактериологической лаборатории. В силу недостаточности штата, общий санитарный надзор отсутствует. Санитарное просвещение проводится крайне слабо. Вопросы быта крестьянства, постройка жилищ, планировка деревень проходит мимо сельского врача.

13. Между тем, одной из важных причин распространения целого ряда социальных болезней на селе являются плохие жилищные условия крестьянства и плохое содержание колодцев и других источников водоснабжения. Необходимо дать возможность сельскому медперсоналу регулировать и наблюдать за исполнением санитарных правил при постройке жилищ и сооружений общественного пользования. Теперешний медучасток, при наличии имеющихся в нем средств, бессилен проявить свою активность.

14. Вопросы охраны материнства, младенчества и здоровья детей не получают на селе почти никакого разрешения. Крестьянка калечит себя у знахарей и повитух. Школьники не подвергаются санитарной обработке, в школах нет санитарного надзора. Необходимо снабдить медучастки акушерками, развить строительство полевых яслей, в районном центре иметь детские консультации.

15. Самая норма построения теперешнего, так называемого „измерителя", т.-е. исчисление стоимости содержания медицинского участка и койки (персонал, питание, медикаменты) недостаточны, и, в силу этого, не позволяют проводить требуемую работу, в духе профилактического уклона предупреждения болезней и оздоровления крестьянского быта.

16. Под'итоживая все сказанное выше, можно констатировать, что потребности крестьянства БССР в медицинской помощи удовлетворяются лишь в четвертой своей части, как в отношении количества, так и в смысле качества. В силу этого, при дальнейшем строительстве, на известный период придется мириться с некоторыми суррогатами медицинской организации—фельдшерскими пунктами. Однако, наиболее приемлемым остается тот метод строительства, при котором вновь организуемое учреждение полностью отвечало бы нашим требованиям, а существующие—доводились бы до нормы.

17. Кладя в основу наших расчетов и предположений вышеприведенные принципы и колоссальную потребность населения в первичной медицинской помощи, Наркомздрав вынужден план строительства растянуть на ряд лет, число которых будет зависить от темпа возрастания наших экономических возможностей и от того, как скоро дело здравоохранения нагонит прочие отрасли советского строительства, от которых оно отстало.

18. В первые два года 1925—26 и 1926—27 необходимо укрепить существующую сельскую сеть и удовлетворить учреждения полными штатами, достаточным хозяйственным снабжением, ремонтом зданий, организацией туберкулезных и венерологических коек и трахоматозных общежитий-изоляторов. Также необходимо организовать зубную помощь, хотя бы по одному зубному кабинету на район, и госпитализировать некоторое количество хроников и душевно-больных. Следующие пять лет должны быть направлены на строительство новой сельской сети, доводя последнюю до 350 участков и 12.673 коек.

19. Финансовая база, в конечном счете, есть основа для нормального существования сельской медицины. Правильное построение бюджета, достаточное исчисление измерителей и соответствующая перегруппировка государственной, окружной и районной сметы смогут обеспечить удовлетворительность работы сельского медицинского участка. Для этого необходимо: большее количество средств бросить районам, освободить окружные бюджеты от дорого стоющих учреждений путем перевода их на госбюджет и создать при Наркомздраве центральный субвенционный фонд для усиления сельской медицины.

20. Доля участия здравоохранения в расходной части обще-республиканского бюджета, государственного и местного, должна быть увеличена, принимая во внимание, что задачи здравоохранения теперь гораздо шире и что медико-санитарные учреждения, в значительной степени, разрушены.

21. План строительства сельской медицины должен быть так составлен, чтобы было предусмотрено правильное взаимоотношение между районным центром и сельской низовой ячейкой—медучастком. В то самое время, когда в районном административном центре должна концентрироваться коечная лечебная помощь по всем специальностям—медучасток должен быть профилактической ячейкой и оказывать лишь первую лечебную помощь. Единая конечная цель стоит перед сельским медицинским участком —оздоровление условий жизни и труда крестьянского населения. Основными путями, по которым должна вестись работа медицинского участка—являются: медико-санитарное изучение района, внесение путем физкультуры в крестьянский быт здоровых санитарных навыков, охрана здоровья матери и ребенка и борьба с социальными болезнями. Могучим фактором освобождения крестьянина от вековых суеверий и предрассудков является санитарное просвещение, которое сельский врач обязан проводить путем лекций, бесед, литературы, плакатов и т. д. Избы-читальни, школы, в этом отношении, должны помочь сельскому медперсоналу.

22. Задачи советской медицины в деревне будут скорее достигнуты, если во всей работе органов здравоохранения примет живое участие само крестьянство в лице своих общественных организаций. Медицинский участок в своей работе должен опираться на Сельский Совет и Комитет Крестьянской Взаимопомощи. Необходимо привлечь к строительству здравоохранения партийные и профессиональные организации. Нормальная работа Санитарных Советов, Санитарных Троек, помощь школы и избы-читальни—есть то необходимое условие, без которого никакие планы, как бы хорошо они ни были составлены, к цели не приведут, ибо „дело советского здравоохранения—есть дело самих трудящихся“.

Резолюция по докладу Наркома тов. Барсукова.

1. Гнет царско-полицейского режима, империалистическая и гражданская война оставили в Белоруссии тяжелое наследство. Экономическая и культурная отсталость надолго будут служить тормазом к общему развитию народного хозяйства.

Массовое распространение социальных заболеваний на селе, наличие ничтожной санитарной организации и безусловная недостаточность лечебной сети ставят под угрозу проведение общих мероприятий по восстановлению крестьянского хозяйства. То, что в некоторых частях нашего Советского Союза является уже давно пройденным этапом в строительстве здравоохранения—здесь, в Белоруссии, является вопросом текущего дня.

2. Первый Всебелорусский С'езд по сельской медицине отмечает, что НКЗ БССР в октябре 1924 г. была сделана первая попытка внести плановость в организационное строительство сельской медицины. Совместно с совещанием Окрздравов была проработана сеть и были даны указания по содержанию работы на селе.

3. В Белоруссии на 3.810.330 сельского населения и 96.448 кв. верст имеется 170 врачебных участков, из них 78 больничных с 1368 койками и 124 фельдшерских пункта. Таким образом средняя площадь участка равна 570 кв. верст. На 1 участок приходится 22,415 человек и на одну койку 2800 человек, а на одну заразную койку 15.000. Радиус участка примерно равен от 14 до 20 верст. С'езд отмечает, что эти средние цифры имеют в действительности большие колебания и дают лишь в слабой степени представление о недостаточности лечебной сети на селе.

4. На основании прошлого опыта теоретически установлено, что, для нормального обслуживания сельского населения, лечебно-санитарная сеть должна соответствовать следующим коэффициэнтам: площадь 310 кв. верст., население 8.000—10.000, радиус 10 верст, коек 3,3 на тысячу населения (2 общих, 0,8 заразных, 0,5 родильных). Исходя из этих расчетов, С'езд считает, что нормальная сеть Белоруссии должна включать 350 участков и 12.673 койки. Таким образом нынешняя амбулаторная сеть удовлетворяет потребности на половину, а коечная помощь на 11 проц., а если добавить койки окружных городов, обслуживающих крестьянство, то на 20 проц.

5. С'езд считает, что сеть должна отвечать не только количественным, но и качественным требованиям: а) участковая работа должна быть диспансеризирована, сельский врач не только лечит больного, а также оздоровляет труд и быт крестьянина и участвует в коммунальном строительстве: бань, колодцев и жилищ. Медучасток должен быть снабжен достаточным количеством перевозочных средств, при помощи которых медработник мог бы охватить обслуживаемый район. Необходимо также увеличить соответственно штаты, и при дальнейшем построении сети принимать во внимание административно-территориальное деление.

6. Принимая во внимание финансовые перспективы, С'езд считает необходимым центр внимания уделить укреплению существующей сети и одобряет план НКЗ, расчитанный на 7 лет, с тем, чтобы первые 2 года строительства ушли на углубление и улучшение существующей сети, допуская расширение сети в ближайшем году лишь в крайних случаях. С'езд считает, что при строительстве, основной типовой ячейкой должна быть врачебная амбулатория диспансерного типа.

7. Одним из важных факторов в распространении ряда социальных болезней на селе являются плохие жилищные условия крестьянства, а потому С'езд считает необходимым: 1) участие органов здравоохранения

в жилищном строительстве деревни с целью улучшения и оздоровления бытовых условий крестьянства. 2) Просить Правительство БССР об издании распоряжения, регулирующего участие органов здравоохранения в жилищном строительстве. 3) Принимая во внимание тяжелое экономическое положение деревни, С'езд считает необходимым установление законодательным путем мер поощрения сельскому строительству: а) льготный отпуск леса строющимся по плану здоровой деревни, б) премирование за лучшие постройки и в) долгосрочный кредит на постройку.

8. С'езд считает, что помимо некомплекта штатов медперсонала, и качественный состав последнего требует освежения, переподготовки и усовершенствования на особых курсах.

Из всех врачебных участков лишь 34 имеют по 2 врача. Только 28 врачебных амбулаторий имеют штаты по 4 единицы, из 124 фельдпунктов—105 с одной штатной единицей.

Слабая заполняемость вакантных мест и тяга медработников из деревни в город об'ясняются чрезвычайно тяжелыми условиями жизни медработников в деревне и низкой заработной платой.

С'езд поручает НКЗ добиться перед высшими советскими органами повышения заработной платы медработников и улучшения их быта. Без этих предпосылок не может развиваться плановая работа.

С'езд одобряет принятое НКЗ решение о стажировании молодых врачей в больничных участках.

9. Оторванность от научного культурного центра, заброшенность медработников по глухим углам,—не дает возможности быть в курсе всех вопросов современной постановки медицинского дела, а посему С'езд считает необходимым, чтобы врачам, проработавшим 3 года на участке, предоставлять научные командировки в университетские города, сроком не менее, чем на 2 месяца. Одним из средств для привлечения врачей на участки С'езд считает издание в декретивном порядке положения о правах и обязанностях сельского медперсонала, для чего поручить НКЗ совместно с Ц. П. Союза срочно разработать соответствующее положение.

Для укомплектования врачебных участков врачами, С'езд считает необходимым поручить врачебной секции совместно с Ц. П. Союза и НКЗ заняться вопросом о подборе и укомплектовании врачебных участков за счет городских и окружных врачей.

Считая, что оставление ротных лекпомов на службе не удовлетворяет требованиям квалифицированной медпомощи, С'езд поручает в срочном порядке пересмотреть НКЗ совместно с союзными организациями состав ротных лекпомов, с тем, чтобы наиболее подходящую часть их пропустить через 2-х годичные курсы, а остальных использовать на хозяйственных должностях в органах здравоохранения.

10. С'езд отмечает полную неудовлетворительность специальных видов помощи на селе. Крестьяне и крестьянки не в состоянии получить на месте надлежащее специальное лечение. Глазные, кожно-половые болезни и туберкулез очень часто не лечатся. Зубная помощь отсутствует. С'езд считает, что, для предоставления квалифицированной помощи крестьянству, дальнейшее строительство медико-санитарной сети на селе должно предусмотреть организацию специальных видов помощи, для чего она должна быть построена таким образом, чтобы в райбольнице были созданы важнейшие виды специальной помощи. Вся же остальная участковая работа должна строиться по диспансерному типу.

11. Считая, что медикаментозное снабжение при современных условиях играет еще существенную роль в состоянии обращаемости болею-

щего крестьянства, необходимо усилить медикаментозную помощь. Причем С'езд одобряет открытие НКЗ показательных аптек в районах и взятую им линию на удешевление снабжения.

12. С'езд отмечает, что нынешний медучасток не может ни в какой степени удовлетворить крестьянство с точки зрения имеющихся в нем средств по обеззараживанию местности и сельского поселка. С'езд считает, что медучасток должен иметь элементарную дезустановку, запас дезсредств и простейшую лабораторию.

13. С'езд отмечает, что вопросы охраны материнства и младенчества и здоровье детей не получают на селе почти никакого разрешения. Крестьянки калечат себя у знахарей и повитух, школьники не подвергаются санитарной обработке. Школьно-санитарный надзор отсутствует. С'езд считает необходимым расширение и улучшение акушерской помощи и полагает, что все указанные ненормальные явления могут быть изжиты, если штаты медучастка будут соответственно увеличены.

14. Из всех имеющихся нужд в сельской сети, С'езд считает необходимым в ближайшем же году удовлетворить следующие:

а) пополнение штатов, б) представление достаточного снабжения и хозяйственных материалов, г) ремонт зданий, д) выделение туберкулезных и венерических коек, организация трахоматозных общежитий—изоляторов, госпитализация хроников и душевно-больных, усовершенствование врачей и снабжение их литературой.

15. С'езд считает непременным условием для дальнейшего нормального строительства сельской медицины—увеличение процента участия расходов на здравоохранение в общем бюджете до 25 проц.

16. С'езд считает, что работа участка должна вестись по четырем основным путям: 1) медико-санитарное изучение района, 2) оздоровление крестьянского быта и широкая пропаганда санпросвет-знаний, 3) охрана материнства, младенчества и здоровья детей, 4) содействие правильной постановке физического воспитания трудящихся. Все эти задачи могут быть разрешены только при диспансеризации всей участковой работы, т. е. при превращении участка в сельский диспансер.

17. Во всей своей работе медицинский участок должен опираться на Сельский Совет и Комитет Крестьянской Взаимопомощи. Необходимо широкое участие партийных и профессиональных организаций в строительстве сельской медицины. Нормальная работа Санитарных Советов, Санитарных Троек, помощь школы и избы-читальни—есть те необходимые условия, без которых немыслима плодотворная деятельность всей медико-санитарной организации в деревне.

Резолюция по докладу зам. Наркома тов. Зеликсона.

О задачах врачебного участка в связи с новым курсом соввласти.

Первый Всебелорусский с'езд участковых медработников горячо приветствует линию, взятую коммунистической партией и соввластью, и из'являет готовность отдать все свои силы на укрепление этой линии.

Медработник на селе должен стать проводником идей коммунистической партии и соввласти в своей повседневной работе. Проводя чисто медицинскую работу, он должен быть общественником; принимая участие во всех отраслях советского строительства, он должен быть консультантом при всех мероприятиях, имеющих значение в поднятии культурного, экономического состояния и в оздоровлении страны.

С'езд считает необходимым оформить организационно-практическое руководство районным здравоохранением со стороны Культотдела РИК'а, вовлекая в работу районных врачей, в качестве консультантов.

Одновременно С'езд считает необходимым усилить живую связь Окрздрава с районом.

Врач, заведующий райбольницей, должен стать обязательным консультантом по делам здравоохранения при РИК'е.

В целях предоставления врачу возможности заниматься квалифицированной медико-санитарной работой, с'езд считает целесообразным распределить работу между участковым медперсоналом таким образом, чтобы из всех амбулаторных больных врач принимал только тех, которые по отбору требуют врачебной квалифицированной помощи.

Необходимо вести борьбу со случайными выездами по вызовам к больным, за исключением тяжелых неотложных случаев. Выезды же должны носить систематический характер по медико-санитарной работе, в которой должен быть установлен календарный план.

Считая организацию самостоятельных фельдпунктов не рациональной, С'езд, учитывая крайнюю необходимость, допускает возможность существования таковых, только при наличии квалифицированного фельдшерского персонала, соответствующего помещения, оборудования и достаточно сметных ассигнований на содержание таковых.

Работа фельдшерских пунктов должна проходить под непосредственным контролем врачебных участков. Необходимо установить систематические выезды участковых врачей на фельдшерские пункты.

В области медснабжения участков, С'езд, в целях более рационального использования средств на медикаментозную помощь и в целях сохранения времени медперсонала, считает крайне целесообразным ввести отпуск лекарств в фасовке, по выработанным Ученым Советом формулам. Выдача медикаментов больным должна быть передана хозаптекам в местах, где таковые имеются.

Для устранения ненормальностей в обслуживании застрахованных, С'езд считает нужным организовать пункты первой помощи в местах, где имеется компактная масса (не менее 100 активно застрахованных).

Сметы по расходованию фонда „Г", по данному району, должны составляться на месте, при участии врача консультанта по здравоохранению. Дотация к зарплате из фонда „Г" должна распространяться на всех работников медучастка, причем должен быть изменен основной критерий, применявшийся до сих пор при установлении этой дотации.

С'езд считает возможным поднять вопрос о вечерних приемах для активно застрахованных.

В деле медснабжения застрахованных, С'езд отмечает особую важность учета профессиональных условий и изучения профвредностей, ввиду того, что бесконтрольный приезд больных в окружные города и центры вносит дезорганизацию в правильную подачу спецпомощи. С'езд считает необходимым, чтобы Окрздравы выработали подробный порядок направления больных из участков в окружные города, на основе изданных на этот счет инструкций НКЗ.

С'езд считает деятельность райсансоветов, участковых сансоветов и сантроек крайне необходимым и непременным условием правильной постановки участковой работы. Организации и расширению этого дела должно быть уделено максимум внимания. Для координации работы райсансоветов необходимо созывать два раза в году окружные С'езды Сансоветов.

Резолюция по докладу тов. Зеликсона.

О роли медикамент. помощи в Здравоохранен. и организац. медснаб.

Заслушав доклад т. Зеликсона о медикаментозной помощи и организации медснабжения и содоклады т. т. Вольфсона и Меклера, С'езд

считает, что широкая медикаментозная помощь в участковой работе имеет значение преимущественно, как метод медико-санитарного обхвата крестьянства. С'езд полагает, что медикаментозная помощь должна быть рационально организована с целью удовлетворения возможно большего количества населения, в пределах имеющихся средств.

Для этого с'езд считает необходимым введение упрощенных рецептурных формул и отпуск лекарств в фасовочном виде по этим формулам, а также передачу приготовления лекарств в хозаптеки там, где таковые имеются.

Для достижения полного и более удовлетворительного медснабжения лечучреждений, С'езд считает целесообразным передать это снабжение в районную хозаптеку, которая должна служить базисным складом и отчитываться в своей деятельности перед РИК'ом, в присутствии консультанта по здравоохранению. В торговых центрах, где имеется контингент платной клиентуры, с'езд считает возможным платный отпуск лекарств из хозаптеки.

С'езд одобряет открытие Наркомздравом показательных аптек в районах и считает необходимым принять меры к устранению дефектов, выявившихся во время их работы; он также одобряет распространение медикаментов через кооперацию, но считает нужным указать, что Наркомздравом должны быть приняты меры к тому, чтобы кооперация не повышала установленных твердых цен и чтобы фасовочный материал снабжался надписями о правилах приема и цене.

Снабжение районных хозаптек должно производиться через окружные аптекоуправления, которые являются вполне автономными в своей деятельности и отвечает за правильное медснабжение района своего округа. С'езд считает, что для практического осуществления вышеуказанных мероприятий необходимо существование аптечного центра, который был бы в состоянии регулярно снабжать Республику медикаментами, инструментарием, предметами ухода за больными и проч.

С'езд полагает, что центр этот должен иметь достаточную финансовую базу и что в его работе должны быть экономически заинтересованы Окрздравы, и подтверждает постановление Октябрьского С'езда Окрздравов о принципиальной необходимости об'единения аптечного дела в Республике.

Принимая во внимание, что в настоящий момент нет достаточных экономических данных для полного трестирования аптечного дела, с'езд считает единственно целесообразным срочную организацию Белпаймедторга, согласно устава, принятого ЭКОСО и одобренного Окрисполкомами. Одновременно с'езд считает необходимым скорейшее юридическое оформление Аптекоуправлений на местах, через соответствующие органы, и выполнение намеченных мероприятий.

Белпаймедторг и Аптекоуправления, как органы, преследующие, главным образом, регулярное снабжение медико-санитарных учреждений, должны свою торговую деятельность вести таким образом, чтобы коммерческие выгоды получались не за счет медснабжения, а за счет торговли предметами санитарии, гигиены и проч. и были бы использованы для расширения медснабжения.

Снабженческая деятельность этих органов должна иметь целью укомплектование аптечных учреждений медикаментами исключительно в пределах, установленных каталогом Наркомздрава.

Как предварительное условие проведения всех мероприятий по медснабжению в жизнь, с'езд считает срочно необходимым из'ятие всех арендованных аптек из частных рук и передачу в ведение Аптекоуправлений, а также находит целесообразным создание магазинов санитарии и гигиены.

Отчет о деятельности госпитальной хирургической клиники БГУ за 1923—1924 г.

Составлен доктором Мангеймом.

Пропедевтическая хирургическая клиника начала функционировать с февраля 1923 года в помещении 1-ой горсов. больницы, где ей было отведено 60 коек. С июня 1924 года клиника со всем своим штатом врачей была переведена в помещение госпитальной хирургической, во II совбольницу, где число коек было 45. Обслуживалась клиника следующим штатом врачей: заведующий клиникой профессор Михаил Павлович Соколовский, ассистент-клиники Моисей Наумович Шапиро, ординаторы клиники: А. Е. Мангейм, Б. Н. Цыпкин, Ю. М. Иргер, И. А. Бонч-Осмоловская и сверхштатные ординаторы М. А. Хургин и С. У. Заневский.

За два года через клинику прошло 2030 хирургических больных, из коих 1245 мужчин и 735 женщин. Всего сделано им 1156 операций. По социальному положению имелось 66 проц. лиц, занимающихся физическим трудом и 34 проц. умственным. Умерло 94 человека, что составляет 5 проц. общего количества больных. Из них 30 человек умерло без операций и 64 после перенесенных оперативных вмешательств, что составляет 6 проц. послеоперационной смертности.

Всю работу в клинике приходится делить на учебную, лечебную и научную. Директор клиники М. П. Соколовский вел курс общей хирургии в 1923 и курс госпитальной хирургии в 1924 году. Ассистент клиники М. Н Шапиро читал курс десмургии в 1923 году и вел практические работы по оперативной хирургии в 1924 году. Ординаторы делают вечерние обходы со студентами и занимаются с ними на амбулаторном приеме. Профессор делал утренние обходы больных и руководил лечебной частью работы. Под руководством профессора клиники и при старании д-ра Б. Н. Цыпкина организована лаборатория. Были налажены бактериологические, химические и патолого-анатомические исследования, требуемые для клинической диагностики. При лаборатории имеется и экспериментальное отделение, где проводился ряд работ по вопросам физиологии хряща, бактериологии швов и др. За два года клиника несколько раз выступала с демонстрациями и докладами в Минском обществе врачей и на своих конференциях.

Оперативная помощь в наибольшем % оказывалась профессором и его ассистентом. Больные подготовлялись к операции следующим образом: накануне слабительное, ванна и клизма. Утром капельная клизма. При геморрое и других операциях на прямой кишке давалось 2 дня подряд слабительное и, кроме этого, делались клизмы. Перед желудочными операциями делалось промывание желудка за 2-3 часа до операции. Операционное поле выбривалось в день операции. Пред самой операцией кожа вытиралась бензином и смазывалась 2 раза иодом. Операции производились без перчаток за исключением костных. Руки мылись мылом и водой, а потом после сухого обтирания обрабатывались спиртом. На лицо надевались маски перед операцией. С начала 2-го года в клинике была отме-

нена дача слабительных перед операцией за исключением вмешательств на толстых и прямой кишках; предполагалось, что слабительные способствуют послеоперационному парезу кишек. Анестезия применялась в большинстве случаев общая. Из 1156 операций сделано 811 под хлороформенным наркозом, 290 под местной анестезией, в 33 случаях применялся эфирно-хлороформенный, в 11 случаях эфирный наркоз, в 3 случаях спинно-мозговая анестезия и в 8 случаях без всякой анестезии. Наркоз давался исключительно врачами, причем до наркоза часто производилась проба на так называемый дыхательный индекс. За все время наблюдалось 9 асфиксий, кончившихся благополучно и один случай нефрита после хлороформенного наркоза, тоже окончившийся выздоровлением. Смертей от анестезии не было, послеоперационных пнеймоний мы наблюдали 3% после общего наркоза и 1% после местной анестезии. Раньше чем приступить к разбору больных по роду заболеваний, скажем, что при хирургической клинике функционировала амбулатория, через которую прошло 5660 больных, из коих 2070 первичных и 3590 повторных.

Больным сделано 2693 перевязки и 110 операций. В отчете остановимся только на некоторых отдельных группах заболеваний.

Аппендициты Всего больных аппендицитами было 167 человек, из коих 94 мужчин и 73 женщин. По социальному положению около 55 проц. лиц, занимающихся физическим трудом, остальные умственным. По возрасту больные распределяются следующим образом:

от 1 года	до 20	лет	—15	проц.
„ 20 „	„ 30	„	—50	„
„ 30 „	„ 40	„	—20	„
„ 40 „	„ 50	„	— 5	„
выше 50 лет			10	„

Наибольший процент больных приходится на апрель, май, июнь, около 60 проц. Всего операций сделано 131, причем 12 раз удален отросток попутно при других операциях. Остальные больные в количестве 36 человек не оперировались или потому что были доставлены не в первые часы или вследствие сомнения в диагнозе. В отношении клинического течения можно разделить всех больных на 3 группы. К 1-ой можно отнести больных, которые имели типичные приступы аппендицита, а между приступами у них не было никаких болезненных явлений. Таких больных было большинство—67 проц. Ко 2-ой группе мы относили больных, которые имели болезненные явления со стороны appendix'а и в промежутках, между приступами, таких было 18 проц. К 3-ей группе относятся больные, которые не переносили типичных приступов аппендицита, но у них наблюдались боли постоянного характера в правой подвздошной области с явлениями расстройств со стороны кишечника, как запоры, поносы. Таких было 15 проц. По стадиям оперативного вмешательства больные распределяются следующим образом. Ранняя операция в течение 48 часов от начала приступа была произведена в 11 случаях с благоприятным исходом. В холодной стадии, не менее шести недель после припадков, сделано 109 операций. Послеоперационное течение было гладкое и только в одном случае наблюдалась альбуминурия вызванная хлороформенным наркозом. В промежуточной стадии, то-есть между 3 и 5 днем включительно было сделано 6 операций. Показанием к операции в этой стадии служили явления начинающегося и наростающего перитонита. Наконец, в поздней стадии, начиная с 6 дня и позже были сделаны 5 операций Здесь показанием к операции служило наличие аппендикулярного абсцесса. В 4-х случаях вскрытие абсцесса сделано было на 15 день. В одном через месяц, причем опухоль в детскую голову лежала у основания брыжжейки тонких кишек и была наполнена гноем. Среди оперйро-

ванных во 2-ой и 3-ей стадии умерло 5 человек от перитонита. Из оперированных в холодной стадии и в течение первых 48 часов никто не умер. Что касается макроскопических изменений в удаленных отростках, то: нужно отметить, что в 78 проц. определены резкие изменения, как то! удлинение, утолщение, укорочение, перетяжка и сращения appendix'а. В 13 случаях найдены каловые камни. В 8 случаях oxyuris vermicularis. В 1 случае членики ленточной глисты. В остальных макроскопических изменений не обнаружено.

Отросток удалялся из Mac. Burney'евского разреза. Культя обшивалась 2-х этажным кисетным швом. При наличии сращений разрез увеличивался. При невозможности вывести слепую кишку применялось Тренделенбурговское положение; при вскрытии гнойников применяли тот же разрез Mac. Burney'а, вводили дренаж, отросток не удалялся. Из послеоперационных осложнений отметим, что нагноение швов было в 9 случаях.

Грыжи: Общее число больных грыжей было 259 человек. Из них 47 женщих и 212 мужчин. Возраст больных от 3 до 80 лет. Наибольший % падает на возраст от 20—40 лет. Лиц, занимающихся физическим трудом—65 проц. Из нижеприведенной таблицы видно распределение больных по видам грыж и операциям.

Таблица больных грыжами

1.	Односторонних паховых грыж .	155	Грыжесечений	152
2.	Двухсторонних „ „ . .	31	„	29
3.	Пупочных „ . .	5	операций	3
4.	Бедреных грыж	12	„	12
5.	Грыж белой линии . . .	13	„	13
6.	Послеоперационн. грыж. . .	10	„	10
7.	Искусственных прямых грыж пах. .	2	„	1
8.	Ущемленных паховых . . .	22	„	20
9.	„ бедреных . . .	6	„	6
10.	„ белой линии . .	1	„	1
11.	„ запирательных . .	1	операция	1
12.	Ущемленных диафрагмальн. . .	1	„	1
	Всего больных . .	259	Всего операций .	249

1/3 всех операций сделана под местной анестезией Почти во всех случаях операции паховых грыж мы применяли метод Жирара. При этом методе получается удваивание передней стенки пахового канала и мало травматизируется семенной канатик. После операций больным разрешалось уже на другой день есть, поворачиваться. Швы снимались на 7-ой день. К этому дню разрешалось ходить. В 4-х случаях была применена операция по Bassini: в 3 случаях по поводу рецидивов грыж, в 1—при грыже, комбинированной с водянкой семенного канатика. В 3-х случаях при операции грыжесечения сделана вазектомия в виду наличия гипертрофии предстательной железы. 6 раз одновременно с грыжесечением сделана апендектомия. В 3-х случаях было одновременное существование водянки семенного канатика. В 2-х случаях сделано одновременно и semicastratio. Из особенностей во время операций можно указать, что в 8 случаях были сращения мешка с сальником, который был резецирован. В 2-х случаях пришлось частично оставить мешок на месте. В одном случае операции рецидива паховой грыжи был ранен дивертикул мочевого пузыря. Что касается ущемленных грыж, то большинство их доставлялись в первые сутки после ущемления и только в 2-х случаях на 2-е сутки, в 3-х на 3-ие и в 1-м на 4-е сутки.

В одном случае пришлось обшивать и инвагинировать подозрительные места кишки. Один случай был оперирован по поводу хронического калового ущемления в грыже. В одном случае пришлось резецировать 8 сант. тонких кишек. Кроме того, оперирован один случай диафрагмальной грыжи, где была резецирована толстая кишка, ущемившаяся в отверстии диафрагмы. Больной выздоровел. Из послеоперационных осложнений нужно отметить, что гематомы лечились проколом в первые несколько дней, а впоследствии согревающими компрессами. Моча иногда задерживалась, и ее приходилось спускать катетером. В 12 случаях наблюдались обострения бронхитом, быстро прошедшие от банок и отхаркивающих. В 7 случаях было воспаление легких. В 11 случаях инфильтраты семенного канатика. Нагноения были в 6 проц. всех грыжесечений.

Смертей при неущемленных грыжах не было. Из ущемленных грыж 2 смертных случая: один после поздно оперированной запирательной грыжи, другой при паховой ущемленной грыже с наличием перитонита. Одна женщина умерла с ущемленной пупочной грыжей без операции, так как была доставлена in extremis.

Заболевания заднего прохода и прямой кишки:

Всего больных этой группы 122 человека, коим сделано 99 операций.

Таблица заболеваний и операций этой группы.

1. Геморроев — — —	71	Перевязка шишек — —	66
2. Свищей заднего прохода —	18	Иссечений — — —	13
3. Выпадений прямой кишки —	11	Операций Тирша 1, Пайра 5; Сужение anus'а сухожилием кенгуру — 5	11
4. Трещин заднего прохода —	17	Иссечений — — —	9
5. Перипроктитов — —	2		
6. Ран заднего прохода —	1		
7. Полипов прямой кишки —	1		
8. Туберкул. язв заднего прохода	1		
Всего больных —	122	Всего операций —	99

В одном случае была сделана пластическая операция образования эпителиального туннеля вокруг заднего прохода при выпадении прямой кишки после бывшей ампутации rectum. В образованный туннель вводилась резиновая трубка для искусственного закрытия кишки.

Заболевания мочеполовых органов: Всего больных этой группы было 118 человек. Больным сделано 63 операции.

Таблица заболеваний и операций этой группы.

1. Евнухоидизм — — — —	1	Операция по Воронову —	1
2. Подковообразная почка — —	1	Пробная ляпаратомия— —	1
3. Водянка яичек — — — —	21	Операций — — — —	17
4. Туберкулез почек — — —	3	Нефректомия— — — —	1
5. Подвижная почка и гидронефроз	2	Нефректомия – — — —	1
6. Опухоли почек — — — —	2	Операций — — — —	2
7. Камень мочевого пузыря — —	1	Надлобковое сечение — —	1
8. Эссенциальная гематурия— —	1	Пиэлотомия и декапсуляция почки — — — —	1
9. Паранефрит — — — —	7	Разрезов— — — — —	5
10. Гипоспадия — — — — —	2	Операций Beck'а — — —	1

Заболевания	Число	Операции	Число
11. Гипертрофия предстательной железы	20	Перевязок семявыходящих протоков	13
12. Мочевая инфильтрация	1		
13. Туберкулез яичек	4	Кастрация	2
14. Папилома члена	1	Прижиганий	3
15. Фимоз	4	Рассечений удавки	2
16. Расширение вен семенного канатика	1	Иссечений	1
		Уретротомия внутрен.	2
17. Сужение мочеиспускательн. канала	4	Надлобковое сечение	2
18. Цистит	18	„ „	1
19. Простатит	8		
20. Нефролитиаз	6		
21. Гангрена мошонки	1	Разрез	1
22. Гонорея	1		
23. Водянка семенного канатика	4	Удаление	3
24. Свищи мочеиспускат. канала	2		
25. Невралгия мошонки	1	Semi-castratio	1
26. Крипторхизм	1	„	1
Всего больных	118	Всего операций	63

Особый интерес представляет случай эссенциальной почечной гематурии у крестьянки 33 лет. Ей сделана была пиэлотомия, причем никаких изменений нигде не обнаружено. Ей тогда была произведена декапсуляция почки. Больная поправилась. Через три месяца она опять поступила с прежними жалобами на кровавую мочу. На этот раз от операции больная отказалась.

В одном случае туберкулезного цистита получилось значительное улучшение от промывания пузыря Риванолем 1 : 4000.

В одном случае евнухоидизма была сделана гомопластическая пересадка половой железы по Воронову, но безрезультатно. Трансплантат рассосался. У больных с гипертрофией предстательной железы, которым сделана была vasectomia обоих семенных канатиков, появлялось улучшение общего состояния, значительное уменьшение болей при мочеиспускании и частоты мочеиспусканий.

Всех больных с гинекологическими заболеваниями было 56, коим сделано 33 операции.

Таблица заболеваний и операций этой группы.

Заболевания	Число	Операции	Число	Виды операций	Число
1. Новообразований	10	Операций	7	Удалений кист.	3
				„ матки	1
				„ опухолей яичника и труб	3
2. Воспалительных заболев. матки и придатков	19	Операций	7		
3. Выпадений матки и влагалища	12	Операций	11	Кольпорафий	7
				Вентрофикаций	4
4. Кровотечений по поводу аборта	6	Операций	2		
5. Гонорея	1				
6. Бартолинит	2	Иссечений	2		
7. Внематочная беременность	5	Иссечений труб	4		
8. Нормальная беременность	1				
Всего больных	56	Всего операций	33		

Ранения черепа. Всего больных с повреждением черепа и его покровов было 33 человека, главным образом крестьянского и рабочего населения. Из них 6 женщин и 27 мужчин. По характеру ранений больные распределяются: 7 случаев ранений мягких частей, 8 случаев сотрясений мозга, 3 случая перелома черепных костей без нарушения целости покровов и остальные 15 случаев перелома черепа с повреждением покровов черепа, а также мозга, нанесены были тупыми орудиями мирного времени. Всякое черепное ранение подвергалось тщательному осмотру и асептическому туалету. Волосы сбривались, кожа дезинфецировалась и смазывалась t-ra jodi. Иногда рана расширялась и производился осмотр самого костного покрова черепа; в 13 случаях было произведено debridement. В 3-х случаях сверх этого произведена была реимплантация осколков кости с хорошим результатом. При реимплантации накладывался глухой шов. Что касается послеоперационного течения, то оно протекало без особых осложнений. Дренаж удалялся на 2-й день; швы на 7-й день. В 2-х случаях мы имели смертный исход после операции в виду наличия перелома основания черепа и развившегося потом менингита. Один больной проделал длинное послеоперационное течение до 3½ месяцев с явлениями энцефалита и мозговой грыжи, но все-таки окончательно выздоровел. Один больной с переломом основания черепа умер без операции.

Новообразования (кроме желудочных). Больных с новообразованиями всего 102 человека, из коих 59 мужчин и 43 женщины. Всего сделано 69 операций.

Таблица заболеванй и операций той группы:

1. Доброкачественных 17,		Операций 11,	
из коих: a) фибром	2,	из коих: игнипунктур	1,
б) липом	4,	эксцизий	1,
c) ангиома	4,	экстирпаций	7,
d) папилом	3,	ампутаций груди	2.
e) атером	1,		
f) глиом	1,		
g) аденом	2.		

2. Злокачественных 77,		Операций 43,	
A) Раков 53,			
По локализации: 1) лица	4,	гастростомий	1,
2) губы	8,	экстирпаций опухоли	17,
3) нижней челюсти	4,	надлобковое сечение	2,
4) пищевода	2,	ринопластик	2,
5) стенки живота	1,	ампутаций прямой кишки	1,
6) мочевого пузыря	3,	удаление гортани	1,
7) прямой кишки	2,	хейлопластика	3,
8) кожи	4,	пробная ляпаратомия	3,
9) mammae	10,	эксцизий	2,
10) стопы	1,	ампутаций груди	9,
11) penis'a	2,	ампутаций penis'a	2.
12) носа	3,		
13) gl. thyroidea	1,		
14) срамных губ	2,		
15) подмышечной обл.	2,		
16) брыжжейки	1,		
17) поджелудочной железы	1,		
18) предстательной железы	2.		

В) Сарком 24,

По локализации:

1) Epulis	4,
2) челюсти	3,
3) глаза	1,
4) основания черепа	1,
5) грудины	2,
6) подчелюстной железы	1,
7) заушной железы	2,
8) ягодицы	3,
9) грудной железы	2,
10) os ilei	1,
11) tibiae	3,
12) глотки	1.

Операций 15,

из них:

1) полных резекций верхней челюсти	1,
2) частичной резекции верхней челюсти	1,
3) энуклеаций глаза	1,
4) резекций альвеолярного отростка челюсти	1,
5) экстирпаций	3,
6) ампутаций груди	2,
7) резекция б. берц. кости	1,
8) ампутаций	2,
9) удаление parotois	1,
10) дезартикуляций	1,

3. Невыясненной структуры 8.

Умерло 6 больных. Из особо интересных случаев следует отметить больную, 25 лет, поступившую в клинику по поводу опухоли шеи. Больная умерла вскоре от кровотечения из горла. На вскрытии у нее обнаружен рак большого сальника, брюшины, желез шеи, гортани и печени. Кроме этого, упомянем еще о больном с колоссальной фибромой спины, весом в 27 фунтов. Фиброма была удалена, больной поправился.

Воспалительные процессы. Всех больных этого рода можно делить на больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей и больных с заболеваниями костей и суставов.

К первой группе относятся 249 случаев.

Таблица заболеваний:

1) флегмон	32,	9) бартолинит	1,
2) абсцессов	82,	10) паротит	1,
3) сибирская язва	1,	11) парапроктит	23,
4) бурсит	14,	12) сепсис	7,
5) карбункул	32,	13) tbc языка	1,
6) тендовагинит	22,	14) лимфаденит	3,
7) фурункулов	27,	15) tbc mammae	1.
8) поддиафрагм. абсцес.	2,		

Самый большой процент воспалений падает на средний и молодой возраст. Смертей было 9: один умер от сибирской язвы, один от поддиафрагмального абсцесса, один от абсцесса селезенки и 6 случаев от сепсиса. По локализации воспалительных процессов можно распределить больных следующим образом: 45 проц. на верхней конечности, 45 проц. на нижней и 10 проц. в других областях. Что касается 2-й группы, заболеваний костей и суставов, то мы различаем остеомиелиты (гнойные воспаления кистей), туберкулез костей и суставов и артриты не туберкулезного характера.

Гнойных воспалений костей было 90 случаев. Наибольший процент встречается в юношеском возрасте. В некоторых случаях длительность болезни доходит до 20 лет. По локализации: бедро 30 проц., голени 20,8 проц., нижняя челюсть 16,3 проц., предплечье 13 проц., стопа 10 проц., плечо 3 проц., ребра 3 проц., другие кости 3 проц. Что касается этиологии возникновения остеомиэлитов, то в одних случаях они возникают на почве травмы, в других—зубной инфекции, огнестрельных ранений и т. п. Чаще всего при посевах гноя мы получали стафилококков и стрептококков. Во многих случаях нами производились рентгеновские снимки для руко-

водства при вмешательствах. Мы старались проводить безтампонное лечение и, заполняя секвестральную полость кровью, зашивали наглухо во многих случаях. Всего операций сделано 58. Смертей 4.

Больных с артритами не туберкулезного характера было 15 человек, из них:

I. Воспалений коленного сустава 10:
- а) серозных 2;
- б) гнойных 8.

II. Воспалений голеностопного сустава 5.
- а) гонорройных 2;
- б) гнойных 3.

Всего операций сделано 8 { ампутаций 2, разрезов 8

3 гнойных гонита и 2 случая воспаления голеностопного сустава лечились впрыскиваниями Rivanol'я в сустав с хорошим результатом. В особенности получился эффект у больной с гонорройным воспалением голеностопного сустава, где существовавшие до этого боли совершенно исчезли через 2 дня после первого впрыскивания Риванола.

Случаев туберкулеза кости и суставов было 75 человек, по локализации: в 30 проц. встречаются кокситы; в 25 проц. гониты; в 18 проц. спондилиты; в 12 проц. голеностопный; в 5 проц. локтевой; в 2 проц. грудина; в 3 проц. плечевой сустав, в 5 проц. другие. Поражение суставов в 85 проц., костей в 15 проц. Туберкулез также поражает в молодости и часто длится всю жизнь. В этиологическом отношении интересно отметить, что в 60 проц. костный туберкулез идет вместе с туберкулезом легких. В 9 проц. отмечается патологическая наследственность. В отношении лечебном проводились консервативные принципы. При спондилитах, кокситах мы применяли вытяжение и впрыскивания иодоформенной эмульсии в ягодицы. В 2-х случаях спондилита сделана операция *Ольби* с хорошим результатом. При туберкулезных гонитах мы тоже применяли вытяжение, а в 6 случаях произведена была резекция сустава по Гельфериху. Резекция применялась в случаях давних, но без свищей. При туберкулезе мелких костей стопы, olecrani мы часто применяли выскабливание и смазывание ac. carbolic. и спиртом с зашиванием на глухо. Некоторым больным впрыскивали жидкость Клумского. В одном случае старого коксита сделана была остеотомия. В 5 случаях гонита со свищами вследствие присоединившейся вторичной инфекции сделана ампутация бедра с хорошим исходом. Всего сделано 37 оперативных вмешательств.

Плевриты: Всего с плевритами было 18 человек. 10 случаев гнойных плевритов лечились резекцией 9 ребра с дренажем, 4 случая туберкулезных плевритов умерли; 4 случая старых плевральных свищей лечились путем резекции IX, X, XII ребер. В одном случае был удален дренаж, пролежавший около года в плевральной полости и свищ зажил ко дню выписки; больных с *переломами* костей было 77 человек. Чаще всего встречались переломы бедра и голени; затем идут ребра, плечо, нижняя челюсть, надколенник, лопатки. Почти все переломы лечились у нас вытяжением. В 2-х случаях проведено вытяжение гвоздем по Steinman'у. В 2-х случаях произведено сшивание надколенника с хорошим исходом. При открытых переломах применяли гипсовые повязки с окнами; после наступления сращения прибегали к ранним движениям и массажу. Смертных случаев 3—от сепсиса умерло двое, от газовой флегмоны один больной.

Вывихи: Больных с вывихами было 9 человек; из них 7 с вывихом плеча; 1 колено, 1 лучезапястный сустав. В одном случае сделано кровавое вправление плеча.

Больных с *элефантиазом* 5; им произведено 6 операций лимфангопластики по способу профессора Соколовского.

Больных с Hydrocephalus internus 7 человек. Во всех случаях произведена лимфангопластика сальником в мозговые желудочки. В 4-х случаях по способу Гильдебранда; 2-ое умерли после операции.

Больных с *зобом* было 10 человек, коим сделано 9 операций. иссечения зоба по Sauerbruch'у. Возраст больных от 14—33 лет. Операции удаления зоба производились под новокаином. Кожа вскрывалась воротниковым разрезом по Кохеру. После операции вставлялся дренаж на 2—3 дня. Течение во всех случаях благоприятное.

Больных с *непроходимостью кишек* было 27 человек, коим сделано 15 операций: 3 операции по поводу заворота flexurae sigmoideae в виде revolutio intestin, 1 раз резекция flexurae sygmoideae также по поводу заворота, 1 случай дезинвагинации кишечника при Нео-caecal'ной инвагинации, 3 случая ляпаратомии по поводу внутреннего ущемления кишек, 1 случай резекции colon ascendens при инвагинации кишечника, 2 случая revolutio тонких кишек при завороте, 1 случай ляпаратомии по поводу гангрены Меккелева дивертикула, 1 случай резекции тонких кишек при завороте тонких кишек, 1 случай anus praeternaturalis по поводу опухоли кишечника, 1 случай Entero—colostomia по поводу опухоли кишечника, смертных случаев 8.

Больных с заболеванием желчных путей было 12—из коих 8 женщин и 4 мужчин. Всего сделано 5 операций. Все больные распределяются по виду болезни:

1) рубцовая стриктура печеночного протока — 1
2) холециститов — — — 5
3) Абсцесс печени — — — 1
4) Холелитиазис — — — 4
5) Холянгит — — — 1

Операции распределяются следующим образом:

1) холецистектомий — — — — 3
2) холецистостомий — — — — 1
3) пробная ляпаратомия — — — 1

Смертей 4: из них 2 умерли от тяжелого холянгита, 1 от абсцесса печени и 1 от вторичного кровотечения.

Больных с *гангреной стопы и пальцев 16 человек.* Всего сделано 10 ампутаций, 4 операции Lerich'a, 2 операции перевязки vena poplitea, смертей 2 случая—у стариков после ампутаций.

Язвы желудка и 12-ти перстной кишки.

Всего больных с язвами желудка и duodeni 81 человек. Из них 32 проц. имели язвы у привратника, 32 проц. на малой кривизне, остальные имели разную другую локализацию на желудке или в 12-ти перстной кишке. Возраст больных от 10 лет до 70 лет. Длительность заболевания от 5 месяцев до 15 лет. Больным сделано 66 желудочно-кишечных соустий, 2 резекции желудка, 1 гастропексия и одна пробная ляпаратомия. В 2-х случаях язвы при операции не найдено. Укажем, что мы оперировали больных страдавших уже давно и испробовавших неоднократное терапевтическое лечение.

Мы накладывали соустие одноэтажным швом в горизонтальном н -правлении по Petersen'y, взяв короткую петлю jejuni. В 2-х случая язв на малой кривизне сделаны клиновидные резекции желудка. Смертных случаев было 5; одна женщина умерла несмотря на реляпаратомию от острого расширения желудка, 2-ое умерло от воспаления легких после наложения соустия, 1 умер от истощения без операции, 1 умер от перфорации язвы после операции желудочно-кишечного соустия.

Больных с *прободными язвами* желудка было 4 человека. Сделаны 3 ляпаратомии с наложением соустия и 1 раз вскрытие ограниченного гнойника брюшной полости. Из этой группы умер один больной.

Больных *с пептическими язвами* было 3. Сделаны 2 резекции и 1 раз расширение соустия. Умер один.

Больных с болями после наложенного соустия 5 человек; одному сделана гастропексия, одному выключение привратника, 1-му расширение соустия; остальные 27 не оперировались.

Больных *с раком желудка* 23 человека. Из них рак привратника был в 13 случаях; рак малой кривизны в 9 случаях, cardia в одном случае, 7 случаев признаны иноперабильными. В 7 случаях наложено желудочно-кишечное соустие; 4 раза сделана эксплоративная ляпаратомия; 2 раза сделана поперечная резекция желудка по Риделю; 1 раз по Billroth I и 1 раз по Кохеру; 1 раз сделана гастростомия. Смертей 3.

Больных с другими заболеваниями желудка, как опущение, расширение, ахилия, глисты и др. было 21 человек, коим сделано 2 желудочно-кишечных соустия и 1 пробная лапаратомия.

Больных с Hallux valgus было 8 человек, коим сделано 6 операций иссечения головки 1-ой metatars'alной кисти. Все больные выздоровели.

Больных с перитонитами было 6 человек. Из них 4 гнойных перитонитов после ранений и ушибов живота; 2 туберкулезных перитонита.

Больных с расширением вен нижних конечностей 6 человек. В 2-х случаях сделано иссечение вен по Modelung'у, в 4 по Babcoque'у.

Больных с *ушибами, и язвами* 127 человек. Среди них 2 смертных случая. Операций сделано 11, из них 8 наложений швов, 2 ампутации, 1 ляпаратомия.

Больных с ожогами 88, среди них 2 случая смерти.

К группе „разные" мы отнесли больных, не вошедших ни в одну из указанных выше групп.

Всего таких больных 272 человека. Сделано им 20 операций.

Резекций колена — — 1
Артродез голеностопного сустава 1
Ляпаратомия — — — 4
Невролиз лучевого нерва — 2
Иссечение мозговой грыжи — 1
Пересадка щитовидной железы
Трепанаций черепа — — 3
Резекция головки бедра — 1
Хелопластик — — — 3
Экстирпаций бурс — — 3

Всего за два года было 64 смерти после операций.

1. Плевриты — — — 4
2. Стриктура печеночного протока 1
3. Абсцесс печени — — 1
4. Аппендицит— — — 5
5. Непроходимость кишек — 8
6. Гнойный артрит — — 4
7. Туберкулез костей— — 3
8. Саркома челюсти — — 1
9. Рак мочевого пузыря — 1
10. Ущемлен. грыж — — 2
11. Маразм — — — 1
12. Перелом черепа — — 2
13. Гангрена стопы — — 4
14. Язвы желудка — — 4
15. Пептич. язва желудка — 1
16. Рак желудка — — 2
17. Hydrocephalus — — 2
18. Прободная язва желудка — 1
19. Сужение соустия — — 1
20. Гипертрофия простаты — 1
21. Опухоль почки — — 1
22. Рак глотки — — 1
23. Рак пищевода — — 1
24. Поддиафрагмальн. абсцесс 1
25. Переломы — — — 2
26. Холянгит — — — 1
27. Опухоль яичника — — 1
28. Мозговая грыжа — — 1
29. Остеомиэлит — — 3
30. Гнойный артрит — — 2
31. Туберкулез костей — 1

В музее хирургической клиники имеется 70 патолого-анатомических макроскопич. препаратов и 120 микроскопич. накопляемых по мере работы в клинике. За отчетный период из клиники были напечатаны следующ. работы.

Проф. М. П. Соколовский.

1. К вопросу об элиминации бактерий из брюшной полости. Напечатано в Трудах Б. Г. У. том II и III.

2. О пластике дефектов твердой мозговой оболочки сальником. Нов. Хир. Архив 1924 год.

3. Об оперативном лечении травматических диафрагмальных грыж. Нов. Хир. Архив 1924 год.

4. Лимфангопластика, как метод лечения слоновости. Труды 16 с'езда хирургов.

Проф. Соколовский вместе с д-ром Шапиро.

1. Краткое руководство по оперативной хирургии. Печатается в Белгосиздате.

2. Узловой одноэтажный шов по Биру при операции желудочно-кишечного соустия. Труды 16 с'езда хирургов.

Проф. Соколовский вместе с д-ром Мангеймом.

1. К вопросу о лечении черепно-мозговых ранений. Белор. медиц. мысль I.

М. Шапиро.

1. К вопросу о лечении прободных язв. Вр. дело 1924.

2. К вопросу о послеоперационных внутрибрюшных сращениях. Н. хир. архив 1924 г.

А. Мангейм и Цыпкин.

1. Тендовагинит, как профессиональное заболевание. Белор. медиц. мысль № 2.

2. Свободная аутопластическая пересадка хряща (экспериментальное исследование), доклад послан на 17-й с'езд хирургов.

3. „Хрящевая краниопластика", доклад послан во Врачебное дело.

Мангейм.

Случай.

1. „Огнестрельного повреждения желудка кишек и почки" печатается в Белор. мед. мысли.

Цыпкин.

1. „К вопросу об инфицировании кожных швов" Нов. хирург. архив 1925 г.

Иргер.

1. К вопросу о слоновости на почве туберкулеза. Белор. медиц. мысль № 2—3.

2. О пульсирующих абсцессах грудной полости на почве туберкулеза бронхиальных желез. Юбил. сборник посвящен. Тринклеру. Харьков 1925 г.

Заневский.

1. „К вопросу о подкожных повреждениях почки". Белор. медиц. мысль № 3.

2. Данные о профессиональной заболеваемости рабочих гор. Минска.

В заключение приношу благодарность директору клиники М. П. Соколовскому за руководство и помощь, оказанную мне при составлении отчета, а всех товарищей по клинике за участие, принятое ими в работе.

Год работы оспопрививательного отделения Белорусского Пастеровского Института.

Зав. отд. д-р **С. И. Гельберг.**

В текущем году начало функционировать оспопрививательное отделение Белорусского Пастеровского Института.

Вопрос о наличии оспопрививательного отделения, несомненно, тесно связан с вопросом о рациональной и радикальной борьбе с оспой, уже начатой по всей территории нашего Союза и, в частности, в текущем году на территории БССР. В своей статье „к вопросу об оспопрививании в БССР" завед. Сан.-Эпидом НКЗБ д-р Казанская В. В. вполне точно отмечает один из важнейших моментов правильного проведения оспопрививательной кампании: „своевременная заготовка оспенного детрита в количестве, зависимом от твердо установленного плана на бюджетный год" (Белор. Медиц. Мысль №№ 4—5., 1925 г.). Последний момент может быть наиболее полно проведен в жизнь, если в распоряжении НКЗБ будет находиться оспозаготовительное учреждение, организация и создание которого и были поручены Белорусскому Пастеровскому Институту. В задачи оспопрививательного отделения входит целый ряд других вопросов, кроме оспозаготовительного, а именно подготовка специалистов-оспопрививателей, участие в разработке вопросов по проведению оспопрививательных кампаний, а также участие в изучении целого ряда вопросов по теоретическому и практическому оспопрививанию, которые нуждаются еще в значительном теоретическом и научном освещении.

В настоящее время, благодаря содействию НКЗБ, оспопрививательное отделение обладает всеми необходимыми условиями для нормального функционирования. Помещение оспопрививательного отделения расположено на территории совхоза „Новинки„ в 4-х верстах от города и имеет все необходимые для благоустроенного оспотелятника отдельные помещения. Состоит оно из двух основных отделений, расположенных, как видно из прилагаемой схемы (см. рис. № 1) в виде буквы Т.

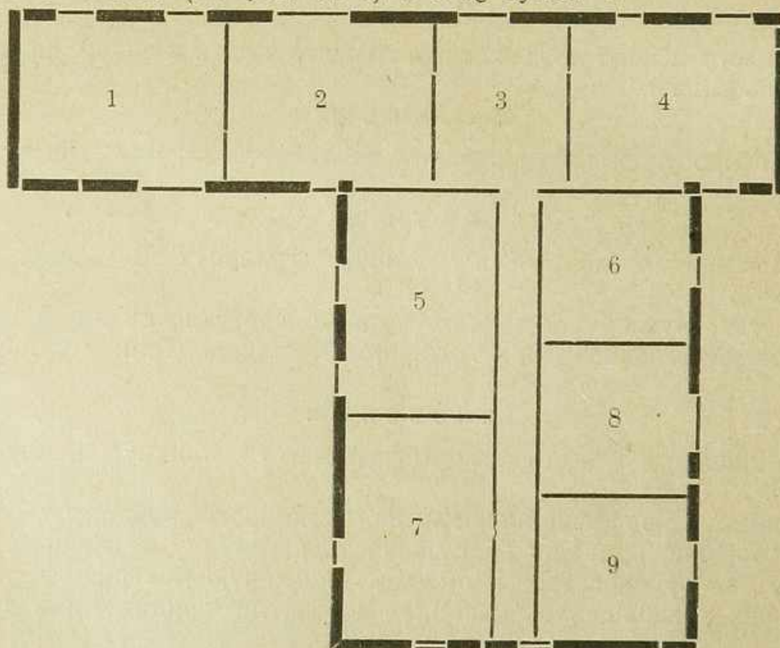


Рис. № 1. Схематическ. план помещения оспопрививательн. отделения Белорусского Пастеровского Института

В горизонтально расположенной части находится отделение для прививки и с‘емки оспенного детрита, а в перпендикулярной к нему отделение для обработки и контроля его. Первое отделение состоит из 1) обсервационной, предназначенной для наблюдения за подлежащими прививке животными, 2) операционной для крупных животных с особым для этого операционным столом системы „Czokorâ“, дающем возможность легко фиксировать крупных животных, подлежащих прививке, 3) операционная для мелких лабораторных животных и 4) помещение для привитых животных со специально устроенными 3-мя стойлами. Во всей этой части полы цементные с наклоном к сточным отверстиям, через которые отводятся сточные воды и жидкие нечистоты, чем достигается более легкое поддержание опрятности и чистоты указанной части помещения. Другая половина помещения занята под: 5) лабораторию для обработки детрита, 6) аппаратную, 7) укупорочную, 8) лабораторию для контроля детрита, 9) комната для подопытных мелких лабораторных животных. Над этой частью помещения, во 2-м этаже располагается квартира для персонала оспенного отделения, состоящего из одного заведующего отделением—врача и санитара-препаратора.

Для обработки детрита оспопрививательное отделение обладает весьма ценными приборами самой новейшей конструкции. Для растирания детрита имеется мельница Chalybaeüs‘a, а также мельница Paul-Czockor‘a; последняя приводится в движение электрической энергией. Для разливания детрита имеются несколько аппаратов: 2 системы Paul-Grockor‘a для баночек и капилляров с электрическим воздушным нагнетателем и с паяльными лампами к ним; третья фирмы Lautenschläger‘a последней усовершенствованной конструкции. Также для хранения детрита оспопрививательное отделение обладает 2-мя комнатными ледниками и, что особенно важно, аппаратом „Frigo“, по проф. Morgenroth‘y, дающем возможность поддерживать весьма низкие t-ры, при которых оспенный детрит может сохраняться весьма долгое время. Так, в последнем издании (1924 г.) Iochmann’s Lehrbuch der Infectionskrankheiten, в статье проф. Paschen‘a „Vaccination“, имеются по этому поводу следующие указания: „в Голландии имеются наблюдения, что с сохраняемой в аппарате „Frigo“ (-4^0) глицериновой оспенной лимфой получен хороший прививочный эффект через 6 лет. В немецких оспенных институтах этот аппарат введен повсеместно“. Указанные приборы и аппараты являются последним словом в области технического оборудования лучших оспозаготовительных институтов и весьма ценным приобретением для нашего оспопрививательного отделения. Наконец, лаборатории снабжены микроскопом, микротомом, хирургическим инструментарием и специальной стеклянной посудой для текущей работы.

В текущем первом году функционирования оспопрививательного отделения производственная работа выразилась в следующем виде. Привито 11 крупных животных—телят в возрасте от 8 месяцев до 2-х лет; 28 кроликов и 1 ягненок для культивирования штаммлимфы. С указанных 11 крупных животных, для прививки которых в 10 случаях применялась кроличья вакцина-ляпина, а в одном случае баранья вакцина—получено 925,0 сырого соскоба, что при применяемом нами разведении составляет свыше 550 тысяч доз оспенного детрита. Во всех случаях получено на телятах довольно хорошее развитие сочных вакционных пузырьков, перламутрового цвета, плотной консистенции, непрерывно тянущихся вдоль надрезов и достигавших наивысшего развития при под‘еме t^0-ры до 41^0 к концу 5-го или началу 6-го дня прививки. В среднем с‘емка с теленка составляла 84,0 сырого соскоба, при максимуме 130,0 и минимума 37,0.

В настоящее время нами выпущено и почти полностью распределены 7 серий оспенного детрита в количестве около 380 тысяч доз. Каждая из указанных серий подвергнута тщательному испытанию в отношении безвредности: количество колоний, отсутствие bac. tetani, золотистого стафилококка и стрептококка прививкой соответствующим лабораторным животным, причем указанные серии выпущены с количеством микробов, не превышающем при посевах на агаре 200 колоний, по преимуществу белого стафилококка, изредка желтая сарцина и сенная палочка. Прививаемость проверялась в местном доме грудного ребенка на обширном материале в сравнении с 100 проц. оспенной вакциной, любезно предоставленной нам директором Центрального Государственного Оспопрививательного Института М. А. Морозовым, так же, как и штаммлимфа. За указанное, а также за весьма ценные советы пользуемся случаем выразить ему искреннюю благодарность. Все серии детрита дали полное совпадение с указанной 100 проц. оспенной вакциной (не было ни одного случая неудачной прививки на материале свыше 70 детей), причем наблюдалось полное и правильное течение процесса, с образованием типичной папулы в конце 3-го или начале 4-го дня с наивысшим развитием при повышении t°-ры на 7—9-ый день, с типичным пузырьком вначале перламутровоблестящим, окруженным узким реактивным поясом. Обратное развитие шло без осложнений. Из полученных сведений с мест, пока лишь устные заявления 2-х студентов оспопрививателей на материале свыше 5-ти тысяч прививок, а также на нашем оспопрививательном пункте свыше 750 прививок результаты вполне удовлетворительные. При оспопрививательном отделении проведены краткосрочные 3-х недельные курсы оспопрививателей для 25 человек, на которых прочитан курс лекций по оспе и оспопрививанию с практическими занятиями по технике оспопрививания и демонстрацией техники оспозаготовительной работы.

Сделаны следующие сообщения в Научной Конференции Белорусского Пастеровского Института:

С. И. Гельберг 1. Отчет о командировке в Центральный Государственный Оспопрививательный Институт.

С. И. Гельберг. 2. К вопросу о возбудителе вариолы вакцины и лабораторной диагностике оспы.

С. И. Гельберг. В местном обществе врачей: методы культивирования оспенного вируса.

Ведется обследование вопроса: „о стерилизации (т.-е. освобождении от посторонних микроорганизмов) оспенного детрита“, причем имеются наблюдения о стерилизующем действии карболовой кислоты.

К вопросу о диспансеризации медико-санитарного дела на селе.

Д-р Б. Рыскин.

Для врача, работавшего долгое время в известном районе, бросается в глаза резкое увеличение отдельных социальных болезней: в нашей местности, например, раньше отмечалась масса трахоматозных больных, туберкулез был преимущественно болезнью местечек и городов, венерич. болезни в деревне, за небольшими исключениями были большой редкостью.

Сейчас картина изменилась. После войны сифилис и гонорея проникли в самые глухие уголки нашего района, но особенно резко подскочило число туберкулезных больных: в деревнях появились множественные эпидемич. очаги, вымирают целыми семьями. Нередки такие повествования больных: „остался я одинешенек: осенью 23 года умерла, прохворав год, дочка 19 лет, баба умерла в янв. 24 г., сын 21 года в мае 24 г.; дочь 25 лет, проболев 1/2 года, умерла пару месяцев т. н., все кашляли („хирхоты в грудях"). И у этого бобыля (крестьянин Ливаницын Иван 66 л. из дер. Горяа) типичный скоротечный процесс.

Если к этому прибавить, что в центре района (Дубровка) издавна существовало кустарное ткачество, а с 1901 г ткацкая фабрика с 500 рабочими, то станет ясно, почему напрашивается необходимость создания хоть примитивного диспансера. Такой опыт проводится с конца лета 1924 г.

Устроена маленькая амбулатория для туберкулезных больных, куда направляются больные из районной и страховой абмулаторий.

Помещение состоит из 1) ожидальни человек на 15—20, увешанной значительным числом плакатов, 2) комнаты для сестры обследовательницы, где заполняется анкета, измеряется t⁰ и т д., 3) кабинета врача, 4) стационара на 10 коек; в последнем помещались больные с кровохарканием или для наблюдения. Сейчас он необходим для больных, которым накладываем пнеймоторакс, особенно для первичных. Имеется ввиду использовать его для ночного санатория в случае пуска фабрики, и как только получатся кое-какие средства. Приемы в нашем диспасере 3 раза в неделю по несколько часов. На приеме 10—12 больных. Без специальных врача и сестры (последняя работала за половину грошевой ставки), не желая дискредитировать идею диспансера, нам пришлось как бы искусственно уменьшить его работу, не ведя пока никакой пропаганды в пользу этого учреждения, пока не окрепнем и не решим целесообразность в дальнейшем его существования.

С больными диспансера ведутся обстоятельные беседы о домашней обстановке и о возможности ее изменения к лучшему, тут же имеется маленькая аптечка, и выдаются в случае нужды, лекарства, также и антитуберкулезные листовки, хотя до сих пор мы не набрели на брошюрку дешевого типа, годную для массового распространения. Более интеллигентным больным даем термометры. Оборудован диспансер на небольшое

пожертвование Джойнта; из туберк. трехдневника оставили на месте 100 руб. для диспансера. Расходы по содержанию и на персонал пока в бюджет не включены. Стоит ли создавать такие мелкие и жалкие учреждения? Отмечу соображения в пользу.

1) При перегруженности районных амбулаторий повседневной работой, при отсутствии и невозможности в ближайшее время перейти к карточной системе регистрации больных этому грозному народному бедствию не может быть уделено достаточно внимания. Еще долго нельзя будет выловить большого количества туберкул. больных и набрести на эпидемические очаги. Даже примитивный диспансер, постепенно расширяющийся и углубляющий свою работу, скорей и успешней справится с этой задачей.

2) Диспансер является первичной санитарной профилактической ячейкой в селе и местечке, где по части санитарии пока почти пустое место. Положение обязывает: диспансер должен развивать и санитарно-просветительную работу своими плакатами, беседами с больными, чтением лекций, обследованием жизни больных. Наш диспансер имеет свою противотуберкулезную библиотечку, которой питает и своих более сознательн. пациентов, особенно рабочих, а также медработников своего района.

Я не упоминаю о сов. соц. помощи. Ее деятельность должна развиться, когда „диспансерный эмбрион несколько окрепнет, когда накопится достаточно статистич. материала по распределению очагов tbc в данном районе, когда можно будет повести более актуальную пропаганду.

3) В диспансере, при регулярном посещении больных, постоянных беседах с ними, устанавливается гораздо более прочная и интимная связь с пациентами; диспансер вербует санитарных друзей. Тут и подход более теплый более „правдивый“ я бы сказал; на вопрос больного, в упор поставленный „а чи у меня чахотка, скажи правду, коли чахотка так чаво я буду лячиться, увсе равно памру,“—не всегда найдешь подходящую форму для ответа. В диспансере уже легче подготовить больного к тому, чтобы он не пугался слова „чахотка“ и чтобы можно было вещи называть своими именами. В ожидальне туберкулезные больные кругом себя видят сравнительно бодрых, часто жизнерадостных (больные в последних стадиях tbc не направляются в диспансер) и эта атмосфера вселяет бодрость и веру в выздоровление.

Опыт так краток, посещаемость пока так незначительна, что мне и совестно было делиться этим опытом, но в оправдание скажу, что совестно как-то сидеть, сложа руки и наблюдать будущую стихию. Дело, конечно, не только в нашем диспансере, а в принципиальном вопросе, надо ли создавать подобные диспансеры и как их создавать в семейной обстановке при нашей неимоверной бедности и материальными и культурными силами. Но я полагаю, что стоит только обзавестись одной двумя-сестрами обследовательницами (у нас пока нет ни одной, специальной для сего приспособленной), и можно начать планомерное обследование района и отдельных групп населения (школьников, отдельных категорий рабочих, деревень с очаговым tbc и т. д.) Все дело в материальной поддержке или из местного бюджета или из центра. Необходим такой диспансерик и для больных с пнеймотораксом.

В местечках и деревнях имеются больные, которым наложен пнеймоторакс в ближайшем губернском городе или столице. В промежутках между проверкой Рентгеном они проводят лечение у нас. Иногда приходится решаться и на первичное наложение пнеймоторакса (когда больные лишены возможности поехать дальше, а случай безнадежный при выжидательном лечении).

Вот вкратце те соображения, которые можно привести в пользу такой амбулатории с диспансерным уклоном. Кое в какой степени такая амбулатория должна выполнять задачи: культурно-просветительн. и элементарного учета.

Месяц работы в Кличевском районе.

Д-р Л. Гурвич.

25-го февраля, согласно постановления Окрздрава, я отправился в Кличев центр наиболее глухого района Бобруйского округа. Задачей являлось:

Во-первых—поднять работу в Кличевской врачебной амбулатории.

Во-вторых—реально поставить и провести санитарную работу в деревне.

Кличев отстоит от города на расстоянии 55-ти верст и расположен среди топей, болот и лесов. Население в большинстве крестьянское—равняется 1500 чел. Район там организовался с 1 октября и до сих пор Советские учреждения испытывают недостаток в помещении.

Врачебный участок там стал—*лишь с 1 октября.* До этого был фельдшерский пункт, влачивший жалкое существование. Еще совсем недавно амбулатория помещалась на кухне в доме священника и недаром крестьяне говорили „что от доктора к попу—один шаг“ и за несколько дней до моего приезда амбулатория, благодаря нажиму Окрздрава, перенесена в другое помещение, состоящее из 2 комнат. К моему приезду амбулатория занимала вышеупомянутые две комнаты, грязные, без побелки, полы некрашенные, двойных рам нет, инвентарь состоял из одного стола, шкафа, инструментария совсем не было, медикаменты на исходе. Следует добавить, что смета на Кличевский врачучасток крайне недостаточна, например, на хознужды отпущено 4 руб. в месяц, на мед. вместе с подсобным фельдпунктом 10 р. 50 к, на командировочные и инвентарь ничего не отпущено. Штат с прибытием врача полностью заполнен, т. е. из 4 человек (врач, лекпом, акушерка и сторож).

Считая, что амбулатория должна являться центром не только лечебным, но и профилактическим и санитарным и от того, насколько хорошо поставлена работа в амбулатории, зависит вся профилактическая и санитарная работа, я естественно главное внимание в первое время обратил на организацию врачебной амбулатории. На второй день после приезда, на заседании РИК'а мною был поставлен вопрос об амбулатории, результатом чего явилась выдача средств на побелку комнат и на некоторое оборудование, выданы деньги вперед за пять месяцев на хознужды и поднят вопрос перед Окриком и Окрфо о переводе остатков неиспользованных по зарплате сумм на хознужды Кроме того, была Риком разрешена платная лекция на приобретение инвентаря для амбулатории.

Благодаря принятым мерам, амбулатория получила нужный инвентарь: аптечный шкаф, стол, скамьи для больных, таз, рукомойник, ведра, халаты, полотенца, табуретки, плевательницы и другие мелкие вещи. При моем приезде, амбулатория совершенно не имела дров. Благодаря моему настоянию, лесничество через Рик отпустило несколько саженей дров, часть которых была вывезена. Инструментарий, необходимый на первое время, был дан Окрздравом, а также и медикаменты. Так спустя неделю, другую участок стал на ноги и мог работать в лечебном отношении довольно

хорошо. Работа персонала распределялась таким образом, что всякий вид работы, как выезды, прием в амбулатории использовывался для санитарной работы, причем в нее вовлекался весь медперсонал участка. Когда я был свободен от выездов по обследованию участка, то принимал в амбулатории, обыкновенно же прием вел один из фельдшеров, второй выполнял выезды на дом. Конечно, и мне приходилось навещать больных на дому, ибо на участке лечебная работа тесно переплетена с санитарной и ясно, что крестьяне, услышав о приезде врача, валом повалили в амбулаторию. Посещаемость сильно увеличилась, что видно из следующих цифр: за январь—830, февраль—1087, март около 2000.

Такое количество больных об'ясняется отчасти и улучшением постановки дела в амбулатории и улучшением снабжения. Должен остановиться на вопросе о статистике. Последняя велась крайне хаотически, копии отчетности на участке не сохранялись, все дела крайне запущены. Первой задачей явилась правильная постановка статистического дела, на все мои вопросы средний медперсонал отговаривался незнанием или запутанностью требований по статистике со стороны Окрздрава Они были крайне удивлены, когда мною в два часа в их присутствии были составлены все месячные статистические данные.

Для упрощения дела мною была заведена ежедневная выборка статистических данных, что совершенно облегчило работу. В целях более точного изучения заболеваемости участка на каждую деревню был заведен отдельный лист, куда заносились все эпидемические и социальные заболевания. Таким образом, с течением времени будут накапливаться нужные статистические и очень ценные данные по болезненности населения.

В отношении медикаментозной помощи я сильно ее сократил и добился этого путем воздействия и указаний медперсоналу против фельдшерского подхода, систематического лечения. Я могу совершенно уверенно сказать, что при сумме 25 руб., несмотря на колоссальную пропускную способность, население медицинской помощью удовлетворялось не плохо. Во всяком случае отводов почти не было. Правда, кое-какого инструментария не хватало и это заставляло иногда больных отправлять в ближайшую Бацевичскую больницу, отстоящую от Кличева на расстоянии 10 верст. В отношении оказания медпомощи застрахованным, то они удовлетворялись наравне с крестьянством, в нужных случаях на спецлечение больные направлялись в город. Врачебно-контрольная комиссия заседала по мере надобности, по мере накопления листков и нужно сказать, что тут была стычка. Уполсоцстраха, преследуя интересы своего учреждения, не всегда соглашался с отпусками и в одном случае даже не согласился, несмотря на то, что больной машинист мельницы действительно не мог работать, но при контроле он оказался на мельнице, правда, не работающим, и это привело к конфликту. Благодаря моему настоянию, больному отпуск был предоставлен. Лишний случай, говорящий за то, как осторожно надо подойти к вопросу о передаче Вр. К. К. в руки страхкассы.

Теперь перейду к организационным вопросам. Выше я уже сказал, что сразу был поставлен доклад врачебного участка на заседании Рика. Вообще раньше связи с Риком не было. В дальнейшем я всегда бывал на заседаних Рика и пленумах. Было поставлено несколько моих докладов о сантройках при сельсовете, Райсансовете, о ротных фельдшерах и доклады Зав. других лечучреждений района. Рик полностью одобрил организацию сантроек и Райсансоветов, высказался за из'ятие инструментария и медикаментов из рук ротных фельдшеров. Райсансовет был организован на второй день постановления Рика. Во главе поставлен член Рика.

В отношении последнего сразу выяснилось, что член Рика, возглавляющий Райсансовет, в виду сильной перегруженности работать не сможет и работу придется вести мне. На первом же заседании Райсансовета были сделаны известные конкретн.задания, как план на март Санпросвета в районе, заполнение анкет на источники водоснабжения, созыв 1 Райконференции Зав лечучреждениями Кличевского района. Последний был необходим для более точного разграничения участков и увязки работ в районе. В Кличевском районе имеется еще больница на 15 коек, в Бацевичах на расстоянии 10-ти верст, от Кличева и Колпчанский фельдпункт на расстоянии 20 верст. На с'езде были разграничены участки, установлены периодические совещания через каждые два месяца и приняты конкретные задания по санитарной работе на селе. Организация сантроек, согласно решения конференции должна лишь быть закончена к 1 апреля и в каждом сельсовете проводима при личном выезде медработника на места. На с'езде заслушивались и профессиональные дела. Много споров вызвало положение об участке, выработанное НКЗ. В этом смысле следует отметить тяжелое положение медработников, перегрузка имеется и очень большая, в среднем каждый из нас был занят не менее 10-ти часов в день, а иногда и больше. Наконец постоянные выезды на дом за 10-20 верст страшно утомляют и изнуряют работников.

Нужно добавить, что в этом отношении крестьяне сильно избалованы и зовут по пустякам. Принимая во внимание небольшое жалованье и перегрузку, нужно признать, что наши работники живут в ужасно плохих экономических условиях. В отношении рабочего дня, с'езд установил приемные часы от 10 до 2, кроме понедельника, за исключением экстренных случаев, о чем решено через Рик и Сансовет широко оповестить население. За свое пребывание я старался твердо проводить это постановление в жизнь, но часто бывали на этой почве стычки между средним медперсоналом и населением. Характерно, что в случае выезда медработника к больному, ему приходилось застревать там до поздней ночи, ибо крестьяне только и ждут приезда кого-либо из медперсонала и начинается амбулаторный прием. Население все еще не может отвыкнуть от раз'ездной медицины с фельдшерским ящиком. Жалобы населения порой совершенно нелепые, я каждый раз разбирал в Рике и Райсансовете и старался изжить их мирным путем, для чего пользовался всяким случайным сходом, дабы поставить население в известность, когда прием амбулатории. Такова жизнь медработников, оклад, условия жизни и т. д.

Вопросы организации антроек следует отметить, что они почти повсюду в Кличевском районе организованы, при чем каждый Зав лечучреждением проводил это в своем участке. В своем врачебном участке я использовывал выезды к больным, дабы провести эту работу и инструктировать на месте. Я уже говорил, что подробный доклад о значении и работе сантроек при Сельсоветах я уже делал на пленуме Рика, так что не только мне, но и моим помощникам легко было проводить в жизнь организацию сантроек. Всех выездов для организации сантроек было сделано 7. Два выезда мною сделаны в другие лечучреждения для обследования, причем даны инструкции и подробные указания. Было решено, что за отсутствием денег на хознужды Бацевичская больница, имеющая кой-какие суммы, будет получать медикаменты для всех лечучредений района. Установлена регулярная письменная связь с учреждениями через Кличевскую почту. Далее я обязал фельдпункт и больницы представлять копии отчетности в Рик По соглашению с последним была разработана подробная инструкция по проведению оспопрививания в районе. Каждому сельсовету через сантройку дано было задание предоставить в известный

день подводу для поездки персонала. Об этом дне население заранее было оповещено и должно будет собраться к известному дню.

Во время моего пребывания эпидемические болезни, главным образом, сыпной тиф были в разгаре. Всего было 52 случая сыпного тифа. Во все места, где было более 5 случаев сыпного тифа, выезжал или я или средний медперсонал на обследование. Всего выездов по обследованию эпидемий сделано было 7, причем иногда мы пользовались случайной подводой, в последнее время подводы представлялись санитарными тройками. При выезде обязательно проводились беседы на темы: как уберечь себя от сыптифа, иногда удавалось уговорить больного лечь в больницу. Иногда удавалось убедить сантройку вывешивать, в случае заболевания сыптифом, надпись на избе, где имелся больной: сыпной тиф, и, как я потом узнал, этого дома чуждались. Школьным работникам в селах, где имелся сыптиф, давались указания не пускать учеников переболевших сыптифом ранее определенного срока и, вообще, давались инструкции для проведеия бесед с учениками. Были произведены дезинфекции в 3-х школах, в крестьянских домах дезинфекции произвести нельзя было, за неимением помещения куда выселить. Из других инфекций была корь—20 случаев, обнаруженных при обследовании школ Школы закрывались и дети не допускались в школы ранее 12-ти дней. Далее было 2 случая дезинтерии. По этому поводу дано было распоряжение сантройке закрыть колодец, которым пользовались заболевшие.

В смысле охраны источников водоснабжения, сантройкам и шкрабам давались известные указания, производились обследования по специальной анкете. Лично мое мнение, что отремонтировать колодцы без помощи государства, навряд ли удастся. Материал по обследованию источников водоснабжения должен сыграть большую роль, как ориентировочный материал для внесения в смету будущего года. Личными убеждениями можно заставить ремонтировать 1-2, но в общем масштабе такую меру нельзя провести, ибо крестьяне считают, что государство обязано это сделать. Анкеты по мере заполнения направлялись в Окрздрав, где и концентрировались.

Большое внимание было уделено вопросу о школьной санитарии. В начале я ознакомился с материалами, имеющимися в Рике по анкетам, заполненным для каждой школы ее заведующим. Состояние школ таково, что большинство из них требуют ремонта, расположенные в простой крестьянской избе в одной комнате с кубатурой ниже сажени на ученика. За время моего пребывания я знакомился с состоянием школ по мере предоставления подвод. В работу вовлекался весь средний медперсонал, который был до этого инструктирован. Всего было обследовано 14 школ. Осмотрено 923 ученика, из них найдено малокровие—111, чесотка—75, трахома—14, фавус—4, железы (особенно шейные) увеличены у 90 проц. всех осмотренных. Поражает ужасное зловоние изо рта у большинства из детей и большое количество кариозных зубов. Во всех школах избраны сантройки из учеников, с которыми проведены беседы о значении сантроек в школах. Интересно отметить, что дети выслушивали весьма охотно беседу о значении сантроек. Во время осмотра грязные руки, шея, уши, демонстрировались перед всеми, т. е выставлялись как-бы на общественный суд. Всего проведено 12 бесед и одна лекция в Кличевской школе на тему охраны здоровья детей и подростков в Советской России. Чесоточные и трахомные (с гнойным отделением) и фавозные удалялись из школы и подвергались лечению.

В смысле изучения и борьбы с социальными болезнями я уже указывал, что мною была заведена отчетность на каждое село в отдельности, где концентрировались все социальные и эпидемические заболевания и с

течением времени ясна будет картина здоровья населения, т. е. заложен фундамент санитарного изучения участка. Кличевский район, вообще, изобилует всеми видами социальных заболеваний. Укажу, что из 2-х тысяч пропущенных при мне амбулаторных больных, туберкулезных оказалось—61, трахомных—55, фавус 5, чесоточных—150 (сюда не вошли больные школьники). Характерно, что до моего приезда за пять месяцев зарегистрировано трахомных больных 4 случая. Незнакомство медперсонала не давало возможности правильно регистрировать и лечить трахоматозных больных. Чесотка--социальное заболевание и ею больна почти каждая семья. Нет бань, если кто и вылечится, по возвращении в семью снова ее получает.

При выезде для организации сантроек мною был сделан почти поголовный осмотр всего населения двух сел (Уболотье, Борки). Осмотрено было мною 450 чел., что составляет 70 проц. этих деревень, причем главное внимание обращено на чесотку и трахому. Из осмотренных чесоточных оказалось 150 человек (33 п, оц.), трахомных 44 чел. (10 проц.). Такое большое количество трахомных ставит вопрос о посылке сюда трахоматозного отряда. Вопрос этот я поднимал в Рике. Большое количество чесоточных об'ясняется отсутствием бань и в смету будущего года обязательно следует будет внести баню для каждого села. Я нарочно завел небольшую статистику, опрашивая больных, сколько, как часто каждый из них бывает в бане и оказалось, что почти половина лишена возможности пользоваться баней за ее отсутствием и бывает в таковой раз в два года.

В будущем мною дано задание среднему медперсоналу в целях борьбы с социальными болезнями через 3 месяца на пленуме и при выезде на места, когда будет достаточный материал, информировать сантройку, кто в деревне болен трахомой, туберкулезом, венерическими болезнями для охраны здоровья остального населения. При поголовном осмотре мною была обнаружена семья сифилитиков в деревне Борках и дано задание сантройке оповестить об этом население и заставить ее лечиться. Вообще же каждый больной трахомой и туберкулезом, обнаруженный мною—получал подробную инструкцию, как вести себя по отношению к окружающим.

В отношении санпросвета, мною работа проводилась в контакте с Райполитпросветом, который давал известные задания всем культурникам деревни и заседал каждую неделю. Было выделено лекторское бюро, куда, кроме меня, вошел учитель и нарсудья. Лекции проводились в Нардомах в деревнях, куда приходилось выезжать, и в школах. Всего проведено 16 лекций и 46 бесед на следующие темы: о значении сантроек, о жилище, об охране здоровья детей, о личной и социальной гигиене, о строении человека, о туберкулезе, охрана материнства и младенчества, половой вопрос и венерические болезни, о сифилисе, рабочая медицина, советская медицина, о сыпном тифе, отношение сантроек в школах. Лекции сопровождались фонарем и диапозитивами. Одновременно велась борьба со знахарством, ротными фельдшерами. У последних взята подписка о незанятии частной практикой, у некоторых отняты инструменты и медикаменты. В течение ближайшего времени приняты меры к окончательной ликвидации ротного фельдшеризма.

В отношении Охматмлада проведена одна лекция по охматмладу на женской конференции на тему охматмлад и две беседы в селах. Где это возможно было—велась пропаганда акушерской помощи.

В отношении физкультуры произведено освидетельствование пионеров и рабочих подростков, на предмет годности к физкультуре.

К методам санитарно-просветительной работы в городе и деревне.

Д-р **А. Л. Поляк**.

Сеять санитарное просвещение, укреплять правильное материалистическое представление об окружающем нас мире, бороться с грязью и паразитами, нести элементарные знания начатков физиологии и бактериологии в невежественную гущу—дело весьма нужное и весьма хорошее. Нужно только хорошо и умело подойти ко всем этим вопросам; нужно, чтобы врач, приехавший из города в подшефную деревню, был не только городским человеком, „приехавшим читать лекцию в порядке шефства",—а лектор, читающий рабочей молодежи о венерических болезнях и половой распущенности, не только просто лектором, а товарищем в достаточной степени чутким.—Как же практически подойти ко всем этим вопросам, как пользоваться всеми тёми санитарно-просветительными возможностями, о которых пишет тов. Соколов в предыдущем номере Белорусской Медицинской Мысли"? По этому вопросу обратимся к тем, кто умеет говорить с массами. Говорить с массами, пишет Плеханов, можно двумя путями: путем пропаганды и путем агитации. „Если мы даем много идей небольшому числу людей, это—пропаганда; если мы даем одну идею большому количеству лиц,—это агитация. Пользоваться надо обоими способами". В качестве примера правильного чередования обоих способов укажу на санитарно-просветительную работу, проводившуюся на кожевенных заводах Советом Социальной Помощи при туб. диспансере. В отношении санитарной агитации здесь была прочитана лекция о туберкулезе и установлена передвижная выставка с соответствующими рисунками и плакатами. Но и лекции и плакаты не являются для рабочих чем-то новым. Для того, чтобы разбудить дремлющую любознательность рабочих были организованы специальные занятия с микроскопом. В клубе имени Короленко, где находится столовка, обслуживающая заводы, студентами-медиками был установлен микроскоп с препаратом туберкулезной мокроты, и рабочие с огромным интересом рассматривали ярко-красные Коховские палочки на синем фоне. В другой раз надо было убедить рабочих мыть руки перед обедом. Для сей цели был сделан посев с рук рабочих и уже сутки спустя в чашечке Петри, оставленной в сушилке, выросли пышные колонны разных цветов, составленные из разнообразных микробов. Рабочие сами направились разыскивать студентов, чтобы показать им все, что наросло на средах. На проведенном примере подход был правилен, тем более, что, кроме лабораторных увлечений, производилась и общая работа, согласно инструкциям санитарно-просвет. комиссии Социального Совета, составленной в результате изучения вредностей данного завода и выработки мероприятий для их изменения. Такого рода занятия, хотя-бы с небольшим количеством рабочих, всегда надо приветствовать. Давать определенному, хотя и немногочисленному активу знания и ув лечение знанием—есть именно тот вид пропаганды, который, несомненно, надо насаждать параллельно общей санитарно-просветительной агитации. Этот способ просвещения, особенно про-

свещения актива, которому можно уделить больше времени, без сомнения, должен сыграть большую роль, и в особенности, в деле санитарного просвещения деревни.

Теперь, несколько слов о санитарно-просвет. лекциях с волшебным фонарем, ответами на бесконечные вопросы, беседой и т. п. Здесь требуются и навык и уменье и чуткость. Главное—оценить аудиторию, учесть ее интеллигентность и восприимчивость и не возбуждать излишне ее мнительность. Я позволю себе провести отрицательные примеры эффекта от санитарно-просвет. лекций. После одной лекции, в красноармейской аудитории, мне была подана записка, в которой слушатель пишет, что года 2 тому назад болел сыпным тифом. Однажны он слышал в клубе лекцию об иммунитете и с тех пор был уверен, что после тифа никакая болезнь к нему не пристанет. Несмотря на это, автор записки после тифа заболел венерической болезнью, в чем, определенно, обвиняет санитарно-просветительного лектора, который не сумел заставить себя понять и усыпил его осторожность верою в приобретенную невосприимчивость. Обратное происходит при неосторожном подходе к теме о туберкулезе легких. Здесь очень легко посеять панику и развить мнительность и нервность, совершенно нежелательную среди слушателей. При недостаточно чутком подходе слушатель, знающий, что у него верхушки не в порядке и, в особенности, слушатель, которого, когда-нибудь просвечивали Рентгеном, и у которого нашли затемнение верхушки или желез, повергается в самое мрачное отчаяние. Такого рода лекции должны, естественно, переходить в беседу, во время которой ничего не должно остаться недоговоренного между лектором и аудиторией.

Совершенно отличный, от городской работы, характер носит санитарно-просветительная работа на деревне. В деревню надо приезжать уже обязательно с фонарем или, в крайнем случае, с хорошими достаточно яркими таблицами. Беседа должна быть простой и касаться близких крестьянину вопросов Темы о знахарстве или о том, как надо строить здоровую избу и обеспечить себя здоровой водой, об уходе за детьми, о заразных болезнях надо считать наиболее важными и наиболее интересными. Большим дефектом является то, что отдельные выезды врачей шефов происходят случайно и мало между собою связаны. Кроме того, чрезвычайно желательны выезды ветеринаров, о чем всегда просят крестьяне. В отличие от рабочих, которые давно привыкли к плакатам и лозунгам, крестьянин мало что видел. Надо считать ближайшей задачей санитарно-просвет. органов организацию в избах читальнях санитарно-просвет. уголков. Эти уголки должны отличаться от уголков в рабочих клубах,—они должны быть проще, нагляднее, ближе по сюжету крестьянину. Уходу за домашними животным, в них надо уделить соответственное место.

Вот то немногое, что мне хотелось сообщить о том, как надо вести санитарно просветительную работу. Чуткий подход, правильная оценка среды, в которой работаешь, уменье владеть аудиторией,—все эти факторы зависят от уменья работать. О том, что врач-санпросветчик должен быть врачом-педагогом, говорить, конечно, не приходится.

Малярия по материалам III-го Всероссийского малярийного с'езда

Д-р Я. А. Раховский и д-р П. Н. Писемский.

Из маленького немногочисленного малярийного совещания, собравшегося 2 году тому назад в Москве в небольшом зале дома с'ездов Наркомпроса нынешний Всероссийский с'езд превратился по существу во Всесоюзный, богато представленный всеми частями нашей страны.

На нем присутствовали представители крайнего юга: Армении, Азербейджана, Дагестана, Грузии—старых эндемических очагов, получивших уже давно пальму печального первенства в России, представители далекого севера—Архангельской губернии, также, увы, вынужденной открыть у себя малярийную станцию, представители востока, Бухары, Туркестана, Восточной Сибири и запада—Украины и Белоруссии.

О чем свидетельствует даже этот один приведенный факт. Он сообщает то, что волна малярийной эпидемии, развившейся в СССР, в последние 3 года залила всю страну, нарушив все прежде установленные географические границы. Приведенные на с'езде статистические данные это реально подтвердили.

Одновременно с заносом малярийной инфекции в места до сих пор благополучные по малярии мы имеем в 1924 году широкое и стойкое рассеивание злокачественной тропической формы, являющейся крайне неблагоприятным признаком. Malaria tropica достигла 9 проц. всех малярийных форм в Сибири, 7,2 проц. на Урале, в Московской губ. 7 проц., в Поволжье от 25 до 53 проц. (Саратов, Астрахань), до 17 проц. в Северном Кавказе и от 20 до 56 проц. в Закавказских республиках. Однако наравне с указанными отрицательными явлениями мы в 1924 году наблюдаем ряд положительных.

Прежде всего сюда относится значительное уменьшение числа заболеваний в местах, дававших в 1923 году резкую эпидемию, а именно, Поволжье, центральная промышленная область, Туркестан, Закавказье, Северо-Восточная область. Количество заболеваний здесь снизилось в $1^1/_2$-2 раза. Смертность в общем была ниже, чем в 1923 году. Она оставалась сильной еще в отдельных губ. Сибири и Сев. Кавказа—до 1 проц., в Астрахани и Закавказьи 5-6 проц. Клиническое течение малярии представляется также более благоприятным, чем в 1923 году. Массовых тяжелых осложнений, как в прошлом году в Поволжье в большинстве районов не наблюдалось.

Анализ помесячной кривой дает некоторое право на благоприятный прогноз ввиду приближения кривой к типу нормальной, довоенной. В 1922 году maximum месячной кривой падал на сентябрь, в 1923 году на июнь, в 1924 году на май месяц. Лишь в отдельных губерниях Европейской России—в Самарской, Астра анской и Царицынской, отдельных губ. Сибири, Сев. Кавказа и в Закавказьи наблюдалось 2 под'ема в мае и в сентябре. Последний, обусловленный вспышкой тропической малярии был выражен более резко в Сев. Кавказе и Закавказьи.

Общее число заболеваний по всему Союзу остается все же приблизительно таким же, как в прошлом году—5.300.000. (В 1923 г. 52500). На 10.000 населения это выражается в цифре 410 (в 1923 г. 400). Это зависит от того, что наряду с понижением эпидемии в одних районах мы имеем повышение ее в других. Так Сибирь, Урал, Украина, Крым, Белоруссия в 1924 году дали в 2-2½ раза больше заболеваний, чем в 1923 году. В некоторых из них, напр на Урале, наблюдалось тяжелое течение болезни с серьезными осложнениями (гематурия, психозы, петехиальные сыпи). Регистрация больных в 1924 г. была полнее, чем в 1923 году, все же она не охватила всех заболеваний особенно среди сельского населения, вот почему, по мнению д-ра Добрейцера, цифра заболеваемости должна быть удвоена или равна 10 мил., что составляет 10 проц. населения.

В итоге следует отметить, что ряд благоприятных симптомов, как уменьшение заболеваний в части районов, понижение смертности, более легкое течение явился, в результате многих причин, каковы: цикличность малярийных эпидемий, улучшение экономического состояние и питания населения, жаркое засушливое лето (уменьшение комаров) и ,наконец, огромная работа по борьбе с малярией, проделанная по всему союзу.

Борьба с малярией является сейчас крупнейшей государственной задачей, ибо громадные цифры заболеваемости, появление эпидемии в новых местах, потеря работоспособности у трудового населения в зрелом возрасте приносят громадный вред хозяйственному и, если можно так выразиться, физическому организму нашего союза. Ближайшая цель остается прежняя —довести малярию до нормы довоенного времени, а затем повести работу до полного ее уничтожения.

Вот к чему сводились в общих чертах доклады, заслушанные в первые 2 дня с'езда. Сюда следует еще добавить неудовлетворение, выраженное многими ораторами в прениях по поводу несовершенства нашей эпидемиологической науки. Мы до сих пор не умеем ставить прогноза в течение заболеваний. Мы знаем, что малярийные эпидемии цикличны, но какова продолжительность этих периодов, как влияют метериологические, климатические данные, интенсивность комарийного фактора—разгадать мы не научились. С этой точки зрения некоторый интерес представила попытка проф. Воронина из Грузии установить математически, путем корреляционной формулы связь между заболеваемостью малярии и количеством комаров, а также между селезеночным индексом и количеством комаров—попытка, не приведшая пока к сколько нибудь реальным результатам.

Перейдем к следующей серии докладов о борьбе с малярией и сравнительной оценке методов этой борьбы.

Обзорный доклад д-ра Добрейцера суммировал всю работу, проделанную в СССР. Как в центре, так и на местах проведена большая законодательная работа. Издано специальное постановление Совнаркома о борьбе с малярией, ряд обязательных постановлений на местах, организованы малярийные комиссии с участием всех организованных групп, проведена сан-просветительная работа; изданы листовки, плакаты, брошюры, лозунги, организованы лекции, выставки, устроены специальные „недели" и „дни". Последние докладчик особенно приветствует. (Кстати при перечне образцовых губерний и областей, ставших на путь сан-просветительной работы, была также названа и Белоруссия). Центром и местами отпущены значительные суммы на борьбу с малярией. Далее организованы в большом числе противомалярийные учреждения. Мы в настоящем году имеем 6 тропических институтов в Москве, Харькове, Тифлисе, Баку, Эривани и Бухаре, 6 протозойных отделений и 163 малярийных станций. Все эти учреждения работали в следующих направлениях:

1) Научная разработка вопросов малярии, 2) подготовка персонала по борьбе с малярией, 3) изучение причин малярии данной местности (обследование жилищ водоемов, изучение биологии Anopheles'a), 4) Санитарно-просветительная работа, 5) обследование различных групп населения (детского, на предприятиях, сельского населения, изоляция больных и лечение), 6) мероприятия по уничтожению комаров (Спуск и засыпка водоемов, заливка их нефтью, уничтожение зимовок комаров, борьба с окрыленным комаром, 7) профилактическая хинизация и лечение маляриков. Недостаток работы станций заключается в том, что они сравнительно мало обслуживали сельское население и работали большей частью в городах. Кое где в единичных местах, напр., в Москве и близ Ростова на Дону произведены мелиоративные гидро-технические работы.

Основной мерой явилось также усиление ввоза хинина в СССР. В 1924 году ввезено 75.000 кгр., тогда как в 1923 году ввезено 46.000 кгр. а в 1922—22.000 кгр. В целях приближения хинина к населению были в 1924 году привлечены кооперативные организации к снабжению хинином сельского населения.

Из отдельных докладов по вопросу о борьбе с малярией заслуживают внимания следующие: д-р Эйдельман из Краснодара сообщает о поставленном опыте нефтевания водоемов. Все городские водоемы были в течение лета в г. Краснодаре 7 раз подвергнуты заливке нефтью. Нефть бралась легкая, приближающаяся по качеству к керосину. По данным обследования водоемов, первые личинки появляются в Краснодаре 15-го апреля. Заливка производилась тогда, когда личинки достигли уже взрослого возраста, накануне их перехода в куколки. Личинки гибли через $1^1/_2$ —1 час и раньше, чем через 3 недели не появлялись снова в водоемах. В результате нефтевания малярия снизилась более чем на 50 проц. по сравнению с прошлым годом. Для борьбы с малярией на торфоразработках (д-р Марциновский, Москва) производилось поголовное обследование торфяников по месту их жительства. В Рязанской губ. выделялись паразитоносители и подвергались лечению; проц. выделенных маляриков—13. В среднем на долю каждого приходилось по 23 гр. Доклады д-ра Еланчика (Ростов н|Д), Савельева (Главсанупр.), Муфеля (Воронеж), Топоркова (Астрахань) осветили вопрос о профилактической хинизации. Последнюю можно проводить исключительно среди организованных групп, как то: рабочих на предприятиях, кр-цев в частях, детей в детдомах. Хинизация производилась при помощи специальных хинизаторов и хинин принимался на месте у них на глазах. При сравнении с нехинизируемыми группами, находящимися в тех же условиях, хинизированные дают вдвое меньшее количество заболеваний. Все же эти благоприятные результаты должно расценивать с крайней осторожностью.

В Самаре (д-р Кадлец) зимой 1924 года было предпринято уничтожение комаров на зимовках. В каждом доме—усадьбе оказалось в городе в среднем по 10 холодных помещений (подвалов, полуподвалов, сараев) с зимовками Anopheles Так как самки Anopheles в Самаре зимуют исключительно на паутинах, то для их уничтожения оказалось достаточным обметание паутины веником, смоченным насекомоядом или просто сухим способом.

Д-р Набоков (Москва) из всех методов уничтожения комаров на зимовках рекомендует сожжение табачной пыли и сернистого ангидрида. К делу уничтожения зимовок комаров в Самаре и Москве были широко привлечены комсомольцы, пионеры и школа. Демонстрация тесного единения врача, школы и учителя сказалась в выступлениях на с'езде пионерских кружков юных натуралистов и их руководителя И. К. Сапожникова. Врач и учитель могут найти по вопросу о борьбе с малярией друг в друге

союзника. Современная школа стремится всю свою работу строить на материале, взятом из окружающей действительности и имеющем широкое общественное значение. Общественно полезная работа связывается с моментами образовательного характера. Научая детей ориентироваться в явлениях природы, уметь находить зависимость и последовательность в них, школа стремится воздействовать на окружающую природу и подчинить ее стихийные силы своей коллективной воле. Отсюда массовые кампании по борьбе с малярией.

Подготовка учительства—основная мера борьбы с малярией. Подготовленные учителя ведут далее работу с детьми по исследованию водоемов, очистке их, наблюдениями за ними и т. д.

Своего рода ставку на учителя или другие общественные силы в деревне делает проф. Никаноров в своем докладе о малярийной работе на селе. Докладчик вплотную подошел к данному вопросу, проделав опыт показательной работы в с. Тепловке Саратов. губ. В этом селе были испробованы все методы борьбы с малярией. Вывод: в условиях нашей деревенской действительности водный фактор непобедим. Стало быть мысль о каких-бы то ни было гидротехнических работах больших и малых должна быть оставлена. Точно также в сельских условиях немыслимо нефтевание водоемов.

Наиболее целесообразны—систематическое лечение маляриков и уничтожение комаров на зимовках. В этой работе надо опереться на общественные силы деревни.

Доклад послужил темой оживленнейших прений. Борьба с малярией—своего рода „социальной болезнью села при повороте „лицом к деревне" становится в высшей степени актуальной. Как же подойти к этому вопросу? Некоторые делегаты подчеркивали, что в селе нами ничего не достигнуто, царит темнота и невежество и растет заболеваемость. Надо усилить Сан-просветительную работу, усилить сеть малярийных учреждений на селе, увязать их с участками или придать их участкам, перевести все кредиты из города в деревню и использовать общественные элементы деревни. По вопросу о методах борьбы делегаты ставили вопрос ребром: что же надо делать? Нефтевать ли, хинизировать ли и т. д. Последние статьи заграничных авторов, как проф. Swellengrebel, д-р James вносят смущение в ряды малярийных работников. Поколеблены прежние основы. Так James считает, что хинная профилактика против новых заболеваний это „огромная трата хинина без малейшего эффекте" Он же считает, что в наших условиях, примерно, Поволжья противоличиночные мероприятия абсурдны, как лечение запоров с помощью опия". A. Swellengrebel полагает, что лучше вылечить одного маляриka, чем занефтевать 50 проц. водоемов. Некоторые делегаты добивались прямого ответа на поставленный вопрос.

Конечно, такого ответа с'езд не дал и не мог дать, как и не смогут дать его ряд ближайших с'ездов. Вопрос может быть разрешен в долгие годы. Однако, с'езд указал и совершенно правильно, что при выборе средств необходима строгая индивидуализация местности, что если напр. хинин у нас в Белоруссии при правильном лечении—верное средство, то в Туркестане и в Закавказье он не является столь надежным (Д-р Исаев). Из описанного ряда докладов мы хотели бы еще отметить доклад д-ра Дьякова (Мосздрав). „Борьба с малярией в условиях диспансерного обслуживания населения". Новое направление общественной медицины ставит своей задачей не только оказание лечебной помощи населению, но и проведение ряда предупредительных мероприятий, основанных на изучении быта, условий труда и санитарного состояния населения. Диспансеризация приближает лечебно-санитарную помощь к населению, создавая сеть

первичных диспансеров помимо тех, где оказывается квалифицированная помощь. Первичные малярийные диспансеры производят: 1) учет маляриков; 2) бактериологическое исследование при поголовных обследованиях и у подозрительных лиц, систематическое лечение, санитарное просвещение, проведение индивидуальных предохранительных мер. и т. п. Специальный малярийный диспансер (малярийная станция): 1) лечение упорных случаев малярии; 2 выработку рациональных методов лечения; 2) подробное изучение биологии комара в данной местности и руководство работой первичных диспансеров.

Серия докладов по санитарно-гидротехническим работам открылась докладом инженеров Воейкова и Сол вьева. Отметив согласованность в этом вопросе НКЗдр. и НКЗема, т. Воейков с сожалением констатировал, что такой согласованности с Коммунхозами и НКПС не достигнуто. Работы базируются, главным образом, на местных средствах, так как НКЗдр. имеет их очень мало. Работы были хорошо поставлены там, где были силы: гидротехн. отряды малярстанции, по преимуществу, носили городской уклон. Там, где не было согласования деятельности с санитарными органами—работы привели местность в антисанитарное состояние. В дальнейшей работе важно в центре иметь планы хорошо мотивированные, привлечение безучастных ведомств, развитие помощи органов на местах, широкое привлечение общественных сил, крестьянство и кооперативно-мелиоративные товарищества.

Инженер Соловьев демонстрировал цифры ассигнований на гидротехнические работы, причем громадное большинство их отпускается для общих мелиоративных мероприятий (14000000). На чисто гидротехнические работы по борьбе с малярией 27800 р. НКЗема, 250000 НКЗдр. 2000000 НКВД Много ассигновали места, и в этом отношении инициатива разбужена. Наши дефекты—недостаток техников и оборудования. К госплану требование: обеспечить полностью изыскания, и предоставить более долгосрочный кредит при понижении проц.

Интересен доклад инж. Комарова о работах в Московской губ. Всего в Московской губ. 4000000 десятин, из них заболочены 330000. Работы по осушению проводились, гл. обр., по р. Сестра, причем почти все работы произведены силами кооперативно-мелиоративных товариществ, которые растут с каждым годом:

В 1921 году	было	10	тов. с	567	членами,	осушено	50	десятин.
„ 1922	„ прибыло	36	„ „	2000	„	„	200	„
„ 1923	„ „	56	„ „	4300	„	„	700	„
„ 1924	„ „	45	„ „	20000	„	„	2000	„

Проведено 100 верст канав, работы стоимостью 6000 рублей, получено же было всего 1000 рубл.

Следующие заседания были посвящены гематологии малярии, гематологической картине при искусственном заражении малярией прогрессивных паралитиков. Д-р Морозов предложил свой способ окраски крови для замены краски Giemsa. Он заключается в следующем: мазок крови окрашивается 2-3 минуты $^1/_2$ проц. раствором **Manson'a** приготовленном на синьке (Metylenblau puriss. Höchst), затем краска сливается и туда прибавляется 2 капли $^1/_2$ проц. спиртов. раствора Eosin extra Höcst. последней смесью препарат окрашивается еще 2-3 минуты. При этом способе, полихромазия, базофильная крапчатость эритроцитов и некоторые структуры с трудом выявляющиеся при Giemsa обнаруживаются очень отчетливо. Суть докладов д-ра Шоттера и д-ра Ляховецкого о реакции осаждения эритроцитов при малярии сводится к следующему: 1) при всех видах и формах малярии наблюдается ускоренное осаждение эритроцитов, более резкое в тяжелых случаях с плохим прогнозом и менее резкое в

остальных; 2) лечение малярии хинином и др. средствами приводит реакцию осаждения постепенно к норме; 3) с каждым новым приступом наблюдается ускорение осаждения; 4) как явление не специфическое, наблюдаемое при разного рода инфекциях должно быть оценено с осторожностью, т.-к. комбинация малярии с туберкулезом, беременностью и др. дает сильный эффект ускорения. При хронических формах малярии у гаметоносителей ускорение выражено крайне незначительно.

Доклады д ра Браиловского, Малевского освещают вопрос о картине белой крови при малярии.

Малярия обычно сопровождается гиполейкоцитозом или лейкопенией, увеличением юных и палочковидных форм нейтрофилов, уменьшением числа сегментированных форм и гипо или анэозинофилие.

Ядерный сдвиг менее выражен при tertiana, где мы имеем юных форм 7-8 проц., палочковидных 19-18 проц., лимфоцитов 50 проц. и увеличение моноцитов, при tropica—имеем юных форм больше 10 проц., палочновидных 20-30 проц., лимфоцитов гораздо меньше. При quartana—юных форм 6-8-12 проц., палочковидных 20 проц., но лимфоцитов больше чем при tertiana. Увеличение моноцитов.

Лечение вызывает изменение сдвига, уменьшаются юные формы и моноциты, появляются эозинофилы, долго держится лимфоцитоз.

Приблизительно такую же картину наблюдал д-р Руднев (Ростов) у прогрессивных паралитиков, зараженных малярией. Резко уменьшалось число лейкоцитов до 2000-1800. Число эозинофилов при переходе инкубационного периода в лихорадочный заметно падает. Во всех случаях в крови встречаются полихроматофилы и эритроциты с базофильной крапчатостью. Почти всегда в пораженных эритроцитах выражена Шиффнеровская зернистость. При заражении прогрессивных паралитиков инкубационный период продолжался от 7 до 11 дней, причем паразитов удавалось находить за день до появления приступа. Количество паразитов во вводимой крови не влияет на успех заражения ни на длительность инкубационного периода Число паразитов в периферической крови зараженного не играет решающей роли при поступлении приступа. Последний наступает при незначительном числе паразитов, наоборот, они могут отсутствовать при большом числе паразитов.

Наличие в крови 2-х генераций, меруляция которых отстоит на 24 часа друг от друга, не сразу ведет к ежедневным приступам. Нередко в крови появляются гаметы, значительно увеличиваясь у иных больных, что заставляет относиться к искусственному заражению с осторожностью в смысле эпидемиологическом.

Доклады д-ров Муратовой, Бескиной и Рубинштейн останавливаются на лечении прогрессивного паралича прививкой малярии. Авторы получили 46 проц. успеха Наибольшее вероятие успеха дают депрессивные формы паралича с длительностью до года. Перевивку малярии можно производить от человека к человеку. Докладчикам удалось перевить 1 штамм 15 раз, причем с увеличением числа перевивок не падала способность образования гамет. Д-ра Эпштейн и Рубинштейн изучали влияние хинина на плазмодии in vitro u in vivo. Они смешивали хинин в концентрации 1:5000 с дефибринированной кровью маляриков и ставили и термостат. Даже через 5 часов стояния в термостате удавалось заражение этой кровью паралитика. Наоборот, введение в вену хинина гораздо более низких концентраций не влияло на последующее заражение кровью малярика. Введение крови через 2 часа делало удачным заражение. Очевидно хинин непосредственно не действует на плазмодии.

Кричевский и Муратова полагают по этому поводу, что хинин активируется липоидами, особенно лецитином. Из цикла гематологических до-

кладов останавливают внимание доклад д-ра Мезуновой об изогемоагглюцинации при малярии и д-ра Шингаревой об дегенерированных формах малплазмодиев.

По наблюдениям д-ра Мезуновой, наиболее устойчивыми к малярии являются лица, относящиеся ко II и IV агглюцинационным группам по Moss'у. Неустойчивы I и III. Эти данные несколько расходятся с данными д ра Ляховецкаго на прошлогоднем с'езде, где менее устойчивы I и II группы.

Д-р Шингарева, изучая кровь маляриков в „толстой капле", делит плазмодии на 4 группы: 1) свежие формы, 2) формы дегенерирующие, где ядро и плазма плохо окрашиваются, 3) формы дегенерированные: ядро плохо красится—плазма изменена и 4) подозрительные образования.

Дегенерированные формы докладчица наблюдала у больной после 2-х летнего периода здоровья при отсутствии всяких жалоб; у некоторых, не у всех, лиц с дегенерированными формами можно провокацией вызвать приступ.

Д-р Шингарева сообщила также о своих работах с реакцией Вассермана у маляриков. Только в 6 проц. реакция давала положительный результат.

Положительная реакция у прогрессивных паралитиков после заражения их малярией переходила в отрицательную. В остром периоде происходит часто самосвязывание сыворотки. Работы прошлогоднего с'езда обнаруживали положительный результат у 47 проц. маляриков.

Д-р Бжозовский (Мариуполь) устанавливает зависимость появления уробилина в моче от приступов, вернее от цикла развития паразитов в крови. При этом уробилин появляется ранее начала паразитарного приступа, чем может быть определено время его и приступ может быть предупрежден, что дает больному возможность успешнее бороться с заболеванием.

Доклад д-ра Кадлеца о вакцинации маляриков допускает вакцинацию маляриков с паразитами в крови, но без температуры при условии попутной их хинизации. Вообще вакцинация провокационно влияет на появление приступов.

Несколько замечаний о докладах по комарам.

Изучение дальности полета комара Anopheles в Армении в долине р. Аракса привело д-ра Попова к выводам о максимальном расстоянии в 200-300 саженей. У проф. Рейнгарда (Екатеринослав) комары могут перелетать за 5 километров. Столь же разноречивы данные о зараженности комаров. Проф. Нарцванидзе из 1000 комаров нашел лишь одного: 0,1 проц. у проф. Рейнгардта 3 проц. Установлено 3 вида новых комаров на территории СССР, а именно A nursei Theobald. An. funestus и An. elutus.

Большой интерес представляет доклад проф. Беклемишева (Екатеринбург), указывая на то, что в бочках часто нет личинок анофелеса, он об'ясняет это тем, что личинки могут жить лишь в таких водоемах, где есть погруженные растения: нитчатая водоросль, речной лютик и т. д. Видимо, состав водоема оказывает большое влияние на рост личинки. при этом растения, торчащие из воды, не оказывают благоприятного действия на рост личинок. Органическое засорение вызывает смещение реакций водоема в кислую сторону—вода пересыщена кислородом. При водосинтезе—в щелочную, с насыщением водородом. При одинаковом засорении—чем больше водосинтез, тем чаще личинки. Для личинок важен антагонизм между органическими веществами и водными растениями. Поэтому болота не являются еще обязательным местожительством анофелеса. Более благоприятная для них обстановка в более молодых водоемах, как поемные луга, мельничные пруды и т. п.

В заключение остановимся на вопросе о лечении малярии. Хинин попрежнему остается единственным и неизменным средством при лечении. Различные его комбинации, напр. хиноиодопирин по Рубашкину, подкожное применение, комбинация хинина с метиленовой синькой не дает преимущества одна перед другой. Все они дают известный процент рецидивов. Только по отношению к внутривенным вливаниям с'езд отнесся с особой осторожностью. Последние экспериментальные работы Kand vsk'ого показали, что введение раствора сахара, дестиллированной воды и др. различных веществ неизменно вызывают периартериальные, перибронхиальные изменения в легких, тромбозы и облитерацию легочных сосудов. Введенные вещества, очевидно, не могут распределиться по всему току крови, а направляются к правому сердцу, где происходит усиление их концентрации. Оттуда они поступают в легкие, вызывая в сосудах последних изменения без каких либо суб'ективных признаков.

Поэтому введение хинина внутривенно показано в исключительных случаях.

Проф. Белоновский делает краткое сообщение о лечении малярии опсонированным хинином. Об'ясняя лучшее действие бисмута с желчью тем же процессом опсонирования, он приходит к заключению что в случаях, когда хинин помогает—он опсонируется, там же, где он не помогает—не происходит очевидно этого опсонирования. Попытки опсонировать хинин производились путем соприкосновения 1,0-50 проц. раствора двусолянокислого хинина с кровью больного в течение 2-3 минут в шприце, после вкола иглы в вену,—на высоте приступа. Предполагается испытать экстракт селезенки для той же цели. Первые испытания дали благоприятный эффект.

В итоге следует отметить, что с'езд выявил большую работу, проделанную в борьбе с малярией, широкое участие общественных сил в этой борьбе и дал направление для дальнейшей работы.

Второй Всесоюзный с'езд по борьбе с венерическими болезнями.

13—19 мая 1925 года в г. Харькове.

Врачи **Шапиро** и **Казанская**.

Прибыло 397 делегатов, из них мужчин 357, женщин—40, по профессиям: врачей 353, профессоров 15, школьных работников 6, рабочих 12, прочих 11, по партийности—членов РКП 30, КСМ—3, беспартийных—364, по соцположению: рабочих 16, крестьян 2, интеллигентов 379. По отдельным Республикам и городам: Ленинград—11 Москва—51, Харьков—56, РСФСР—85, УССР—156, БССР—8, Закавказье—9, Сибирь—9, Крым—11 и Средняя Азия—1.

На с'езд прибыли немецкие гости: представитель Всегерманского Общества по борьбе с половыми болезнями проф. Sadasson (Breslau), его заместитель проф. Pinkus (Berlin), проф. Haustein, проф. Lörenstein.

Программные вопросы С'езда:

1. Очередные задачи по борьбе с венболезнями в СССР.
2. Законодательные нормы в борьбе с венболезнями в СССР.
3. Вопросы сексуальной педагогики.
4. Врачебная тайна венболезней.
5. Сифилис нервной системы.
6. " висцеральный.
7. " экспериментальный.
8. Серология сифилиса.
9. Вопросы гонорреи.
10. " диспансерной работы.

Всего докладов было около 14. Центральным вопросом С'езда—был доклад д-ра Бронера об итогах и перспективах борьбы с венболезнями в РСФСР.

В основных чертах доклад т. Бронера сводился к указанию на наличие расширения сети вендиспансеров на территории РСФСР не только в городах, но и в уездах, число их достигает в настоящее время до 70. Работа углубляется и, главным образом, среди сельского населения, в работу вовлекается широкий актив деревни. В основу организации планомерной борьбы с сельским сифилисом НКЗ РСФСР положено командирование отрядов, ставящих себе целью—посемейное, подворное обследование крестьянства, выясняющее размеры распространения сифилиса и проводящее санпросветительную работу. На основании работы отрядов установлено наибольшее распространение сифилиса среди малых народностей. РСФСР. Так среди монгол и бурят—население заражено сифилисом в 42%, в Дагестане до 36%. В некоторых губерниях имеются отдельные села, пораженные сифилисом на 40—45%. Докладчик полагает, что ударной задачей мест в настоящий момент должно быть проведение и жизнь по борьбе с венболезнями опыта НКЗ РСФСР. В целях же обеспечения успеха борьбы с сифилисом необходимо создать кадр подготовленных

работников задача, которая не может быть разрешена полностью силами ГВИ и институтом по усовершенствованию врачей, поэтому, местам, по мнению докладчика, надлежит создать платных стажеров при Губвендиспансерах и соответствующих стационарных больницах.

Доклады др-ов Рудницкого, Россианского и Бременера касаются, как ближайших задач работы вендиспансеров, так и методов самой работы в них. Докладчики указывают, что диспансеры заслужили доверия широких масс населения и этим укреплено их дальнейшее существование. Наличие громадного опыта в работе теперь позволяет систематизировать и уложить работу в рамки. Основные методы диспансеризации должны быть проведены во всех противовенерических амбулаториях и стационарных учреждениях, учет же больных и производство обследований должно сосредоточиваться в вендиспансере. В этих целях при диспансере должен быть создан постоянный профилактический совет из представителей всех противовенерических учреждений. Диспансер должен вовлечь в сферу своего влияния и наблюдения за семьей не только группы застрахованных, но всех больных венболезнями.

Вендиспансер должен уделить внимание работе в консультациях детских и для беременных по обследованию детей и беременных женщин. Вендиспансер, улучшая профилактическую работу, должен заботиться и об улучшении постановки, как диагностики, так и лечебной стороны дела, ибо профилактическая и лечебная работы тесно между собой связаны. В борьбе с проституцией вендиспансер должен принимать самое активное участие через соответствующий совет, проводя эту работу с обследовательской и санитарнопросветительной стороны. В деле полового воспитания детей и молодежи вендиспансер должен принять участие как в разработке планов и программ бесед и лекций, так и в ознакомлении родителей с значением полового воспитания. Относительно массового поголовного осмотра докладчики высказывались отрицательно, за исключением тех случаев, где по тем или иным причинам имеется необходимость в производстве таких осмотров. В отношении учета больных докладчики полагают, что весь учет должен сосредоточиваться при диспансере через карточную систему, форма карточки должна быть единая для всех венучреждений, по этой же форме должны вести учет и вольнопрактикующие врачи, направляя вес свой материал для обработки в вендиспансер.

По вопросу о законодательных мерах борьбы с венболезнями был заслушан доклад проф. Елистратова. В своем докладе докладчик особо подчеркивал необходимость подвергать законной ответственности не только заражающего, предоставляя право возбуждения уголовного преследования против лиц, заразивших венболезнью, органам здравоохранения. Лечучреждения и вольнопрактикующие врачи, в целях профилактики и основания для привлечения к ответственности по 155 ст. Уг. Код., должны выдавать больным особые листки санитарного предупреждения с санитарными предписаниями и с указанием на необходимость воздержания от половой жизни в период болезни и возможность заражения других.

На корешке врач отмечает, кому выдан листок.

В целях борьбы с проституцией, автор предлагает опубликовывать в прессе фамилию покупателей женского тела, наряду с фамилиями притонодержателей. Кроме того, лица эти должны быть освидетельствованы в вендиспансере, на учете которого они остаются все время инкубационного периода. В заключение докладчик полагает, что лица, прибегающие к покупке женского тела, должны рассматриваться, как эксплоататоры и должны быть лишены избирательных прав.

Оживленные прения были вызваны докладами д-ров Россианского и Жука. Докладчиками была подчеркнута необходимость в сохранении вра-

чебной тайны больного во всех тех случаях, где она затрагивает его личные интимные интересы и разглашение ее не вызывается соображениями социальной целесообразности. Иной подход к этому вопросу, по мнению докладчиков, поведет к тому, что венерические больные будут уклоняться от лечения. В тех же случаях, когда интересы общества требуют сообщения о больных (заболевание венболезнью служащих в детучреждениях, работников пищевого производства, включая домашних работниц) в силу того, что эти больные, в условиях своей работы, могут стать источниками распространения инфекций, венучреждения должны добиваться снятия их с работы до исчезновения заразных явлений с выдачей пособия по временной нетрудоспособности, однако, не ставя в известность учреждение о роде болезни того или иного работника.

По вопросу о введении обязательности лечения венерических больных был заслушан доклад д-ра Бременера. Докладчик указал те причины, которые мешают широкому проведению борьбы с венболезнями, оттеняя из них, главным образом, два пункта: 1) безнаказанное, плохо сдерживаемое большинством больных пользование половой жизнью в заразном периоде жизни и 2) неаккуратное лечение—до 40% больных оставляют лечение. Докладчик считает своевременным проведение в законодательном порядке об обязательности для венбольных лечения своей болезни. Незаконченное лечение должно считаться преступным. Меры воздействия на больных могут проводиться через Страхкассы, ВКК, Здравячейки и судебные органы. Др. Броннером была дана краткая информация мнения НКЗ РСФСР по вопросу целесообразности введения обязательности предварительного освидетельствования брачущихся. Докладчик указал, что на основании анкеты, проведенной по этому вопросу, НКЗ стоит на точке зрения нецелесообразности введения вышеуказанных обязательств. Данные анкеты говорят, что 44%—начали совместную половую жизнь до регистрации, большинство заражений вносится в семью после брака, что и совпадает с немецкой статистикой профессора Бляшко. Закон об обязательном освидетельствовании явится побуждением к сожительству без регистрации. Возможны случаи освидетельствования подставных здоровых лиц. По мнению НКЗ, брачущиеся при регистрации должны давать подписку, что они осведомлены о здоровьи друг друга. Последний пункт по предложению НКЗ включен в новый семейный кодекс, составляемый НКЮ.

Доклад д ра Тайца осветил детально вопрос участия Страхорганов в борьбе с венерическими болезнями. Докладчик отметил незначительное участие их в борьбе с венеризмом и подчеркнул необходимость в дальнейшем привлечь страхорганы к участию, как в деле проведения профилактических, так и лечебных предприятий в борьбе с венболезнями.

По вопросам половой жизни и полового воспитания следует остановиться на докладе профессора Арямова о биологических основах половой жизни, д-ров Писаревой и Мирецкой о сексуальных проявлениях в младенчестве, д-ров Голосовкера и Бременера по вопросу обследования половой жизни одной из групп населения и на докладе профессора Залкинда о сексуальной педагогике в СССР.

Профессор Арямов в своем докладе указал, что половое влечение, являющееся результатом целого ряда раздражений, проявляется у человека в очень раннем возрасте, даже у новорожденного Огромную роль в развитии полового чувства играют половые железы, выделяющие гормоны, действующие соответствующим образом через кровь. Являясь в своей основе инстинктивным, т. е. врожденным, половое чувство может быть направлено в другое русло. В результате может быть, или усиленное творчество или патологическое уклонение—возможные половые извращения. Значительную роль в смысле развития половых ненормальностей

играет среда. На основании того, что половые продукты в основе своей близки по составу к нервной и мышечной ткани, докладчик доказывает возможность трансформации (превращения) половой энергии в другие виды построения для организма энергии и повышения качества энергии. Научные опыты и биографические данные в жизни ученых подтверждают это. Половое воздержание или сдержанность являются очень важным фактом в развитии творчества.

Писарева и Мирецкая, выявив на основании обследования детдомов, что у детей закрытых учреждений сексуальное проявление встречается чаще, чем у детей открытых учреждений, указали, что методы устранения и физического воздействия на детей не должны применяться.

Д-р Бременер привел ряд цифр, на основании анкетных данных, которые обнаружили очень большой проц. первичных заболеваний венболезнями среди мужчин среднего и старого возраста и, главным образом, среди женатых. Так до 20-летнего возраста—25 проц., а в возрасте старше 20 лет—75 проц. Процент женщин среди больных от 50 - 60. Анкеты выявили главные факторы, влияющие на развитие половой распущенности: алкоголизм, проституция, среда и слабая сопротивляемость женщины.

Д-р Голосовкер настаивал на необходимости изучения половой жизни диспансером, методами анонимных анкет.

Профессор Залкинд, отмечая, что половое чувство у детей развивается параллельно развитию половых органов, считает необходимым начинать половое воспитание у детей не с момента полового созревания подростка, а с момента его рождения. Интерес к половой жизни, говорит докладчик, выражается чаще всего в форме вопроса и эта законная любознательность должна быть нормально удовлетворена, иначе может дать толчек краннему проявлению половой жизни. Полового просвещения детей, как особой специальной главы, в педагогике не должно быть. Сведения по половому вопросу должны представляться, как часть естествознания и обществоведения. Основной задачей здорового полового воспитания является своевременный и умелый перевод полового интереса и детской активности на социально-ценную творческую деятельность. Ценнейшим средством в этом отношении докладчик видит в детском коммунистическом движении, в котором находятся все элементы для правильного переключения интересов и для создания здоровых нравов. Совместное воспитание полов с раннего возраста является ценным средством, нейтрализующим обостренную сексуальность. Совместные спальни вполне возможны, как в дошкольном, так и в первые годы школьного возраста. Сексуально-просветительные мероприятия, проводимые среди взрослого населения, являются крупной предпосылкой правильного воспитания детей.

По вопросу о сифилисе в секциях были проработаны следующие доклады: Профилактика врожденного сифилиса Россиянский и Гитман.

Профессор Гауштей из Берлина ознакомил С'езд с борьбой с венболезнями на селе в северн. государствах, отметив, что за последние 10 лет заболевания сифилиса в Копенгагене уменьшились на 33 проц., а Стокгольме на 75 проц.

Профессор Тушинский, говоря о висцеральном сифилисе, указал на значительное количество висцерального сифилиса, главным образом, 3 периода, об'яснение в этом находит с одной стороны улучшением диагностики, с другой недостаточным лечением луэтиков в период войны и блокады. Особенно часты случаи сифилиса, печени и почек. Постоянный контакт между терапевтической и сифилидологической клиникой улучшит дело раннего распознавания этого заболевания.

Д-ра Хвилицкая и Подвысоцкая доложили о клинике и лечении сифилитического аортита указав, что поражение аорты есть наиболее

частое проявление висцерального сифилиса. Специфическое поражение аорты развивается через 15—18 лет после инфецирования. R. Wa резко положительны в 62 проц., сомнительны в 4 проц., отрицательны в 34 проц. Исход сифилитического аортита в аневризму наблюдается в 25 проц. Энергичное комбинированное сальварсанортутное лечение является показанным во всех случаях, где нет значительной декомпенсации сердечной деятельности и осложнения гломеруло-нефритом.

Профессора Эфрон и Гржебин по вопросу—значение изменений спинно-мозговой жидкости в разных стадиях сифилиса—отметили важность исследования ликвора не только для диагноза, но и для прогноза сифилиса; изменения в ликворе изредка могут появляться уже в период серонегативного шанкра, однако число подобных случаев наростает лишь с появлением положительной RWa крови и к концу 1-го года, повидимому, достигает наибольшей величины. В случаях, где изменения ЦНС носят дегенеративный характер, несмотря на интенсивное специфическое лечение, перевести ликвор из положительной в отрицательную реакцию значительно труднее, чем в случаях, где на лицо изменения преимущественно воспалительные. Отрицательный результат изолированного исследования ликворов доказательством излечимости сифилиса служить не может.

К вопросу о нервном сифилитическом вирус'е. Финкельштейн отрицает возможность существования особой спирохеты, отличной от Spir. pallida.

А. А. Фельдман и И. Д. Перкель (Одесса). Современное положение вопроса о нейросифилисе, его лечение и профилактика. В своем докладе указывали, что истинно сифилическая природа всех сифилогенных заболеваний центр. нервн. системы, заставляет нас стремиться к лечению, каковое должно вестись до стойкого уничтожения клинических и серологических симптомов.

Профессора Протопопов и Рубашкин информировали о своем опыте применения малярийной терапии при прогрессивном параличе. Докладчик указывает, что малярийную терапию необходимо применить возможно раньше, число приступов при малярийной терапии должно равняться 10—15; психическое улучшение наступает приблизительно через 1½—2 месяца по окончании лечения, органические же симтомы под влиянием малярийной терапии обычно не исчезают. Увеличение % ремиссии у больных прогрессивным параличем, подвергшихся малярийной терапии, по сравнению с нелеченными паралитиками, надо отнести за счет малярийной терапии.

О профилактике нейролюэса д-ра Борустова был заслушан доклад в вендиспансере. Докладчик, отмечая большое распространение нейролюэса среди сифилитиков (10%) и так как эти больные ложатся тяжелым бременем на органы соцобеспечения и Страхкассы, то профилактика поздних сифилитических страданий нервной системы есть основное требование, пред'являемое к лечащему врачу в диспансере. Докладчик предлагает подвергнуть поголовному осмотру всех больных с давностью болезни свыше 5 лет, остальные только по жалобам и нарушениям со стороны нервной системы. В обследовании должен принимать участие и невропатолог. Исследование спинномозговой жидкости является единственной, реальной основой профилактики поздних сифилитических страданий нервной системы, оно приобретает тем большее значение, чем больше давность инфекции.

19-го мая вечером С'езд закончил свою работу.

С'ездом отмечено незначительные пока достижения в борьбе с сифилисом на селе и среди малых народностей. Признано необходимым расширение коечной сети из расчета—одна койка на 1000 жителей в

городе и на 10.000 жителей на селе. С'езд признал необходимым участие страхорганов в борьбе с венеризмом в форме установления ими специального 5% фонда для целей борьбы с венеризмом.

С'езд высказался за применение карательных мер против лиц, сознательно заражающих венболезнями и за внесение в семейный кодекс пункта об обоюдной подписке вступающих в брак об осведомлении их в здоровьи друг друга.

Медпомощь венерическим больным без исключения должна оказываться бесплатно. Вендиспансерам необходимо установить надзор за лицами, о которых им известно, что они больны венболезнями.

С'езд высказался против полного сохранения врачебной тайны, как пережитка старины. Однако, признано необходимым в нынешних условиях издать специальную инструкцию, когда тайна должна быть сохранена.

3-й Всесоюзный С'езд решено созвать через 2 года в Ленинграде.

Рефераты.

Allen B. Kanarel, Lewis J. Pollock, and Loyal Davis, **Relations of the Sympathetic nervous System to muscle tone. Experimental and clinical observations.** (Влияние симпатической нервной системы на мышечный тонус). (Archives of Neurology and Psychiatry, February 1925 г.).

На основании гистологических исследований принимается двойная иннервация мышц: от спинномозговой системы и от симпатической. К первой имеют отношение найденные в мышцах миэлиновые волокна, ко второй безмякотные. Сократительный тонус мышц находится под влиянием церебро-спинальной системы, симпатическая нервная система влияет на пластический тонус. В литературе описаны случаи, когда при перерезке симпатических нервов у животных наблюдалось ослабление мышечного тонуса в соответствующих группах мышц. На ригидность, возникающую после перерезки продолговатого мозга, обычно, перерезка симпатических нервов не влияет. Однако, Royle и Hunter в 1921 году удалось добиться ослабления этой ригидности у коз после выключения соответствующих областей симпатической нервной системы. Авторы произвели ряд опытов на 18 кошках и обнаружили, что перерезка симпатических нервов не понижает тонуса. Они произвели также ряд операций на больных с разными спастическими явлениями (paralysis agitans, паркинсонизм, спастическая параплегия после травмы, бол. Little'я). При этом они удаляли часть пограничного ствола с одной, а иногда и обоих сторон, на той высоте, которая соответствовала группам мышц, тонус которых они хотели уменьшить. Несмотря на тщательную запись на кимографе пассивных и активных движений, дрожания и рефлексов после операции, никаких изменений обнаружено не было. В 2-х случаях наступило суб'ективное улучшение, которое, однако, нельзя было обнаружить обычными клиническими методами исследования. На основании экспериментальных и клинических работ авторы приходят к выводу, что проблема мышечного тонуса чрезвычайно сложная. Мышечный тонус находится под влиянием многих сложных механизмов: коры, с. Striatim, мозжечка и др. В случае повышения тонуса причиной могут быть расстройства в области одного, нескольких или всех этих механизмов. Симпатическая нервная система, имея ближайшее отношение к процессам обмена в мышце, может также при известных условиях влиять на состояние мышечного тонуса Авторы допускают, что перерезкой симпатических нервов можно вызвать ряд химических изменений, которые могут быть обнаружены тонкими физиологическими исследованиями, обыкновенными клиническими методами, однако, не удается обнаружить понижение мышечного тонуса после перерезки симпатических нервов.

Ф. Богорад.

Nowicka. **De la Valeur du taux des chlorures dans le liquide cephalo-rachidien pour le diagnostic des meningites.** (О значении количества хлоридов в церебро-спинальной жидкости для диагноза менингитов). Archives de med. des enfants, декабрь 1924 года.

Диагноз характера менингита представляет иногда большие затруднения. Кроме типичных случаев, где клинические симптомы достаточны, имеются другие случаи, требующие всех амбулаторных методов для постановки диагноза. Исследования цитологическое и бактериологическое иногда недостаточны.

Лимфоцитоз характерный для туберкулезного менингита встречается при сифилитическом, также и цереброспинальном иногда в начальной стадии, всегда в периоде выздоровления и в исключительных случаях в периоде болезни. Наоборот, нейтрофилия иногда встречается при туберкулезном менингите. Исследование бактериологическое также не всегда дает определенные результаты. Mestrezat первый обратил внимание на важность химического анализа цереброспинальной жидкости, он находит уменьшение хлоридов в этой жидкости при туберкулезном менингите; Mestrezat наблюдал изменения ц.-спинальной жидкости в самом начале тубменингита, именно тогда, когда клинические симптомы являются иногда столь мало характерными. Систематически изучая дозировку хлоридов ц.-спинальной жидкости, Novicka приходит к заключению, что понижение хлоридов есть постоянный симптом воспаления мозговых оболочек; это явление особенно выражено при тубменингитах. Количество хлоридов меньшее 0,59% является абсолютно характерным для тубменингита. Количества между 0,59 проц. и 0,63 проц. большею частью встречаются в тубменингитах, но исключительно также в цереброспинальном менингите. Количества хлоридов 0,64 проц.—0,69 проц. в общем характерны для острых гнойных менингитов, но могут иногда находиться в начальном периоде тубменингита. Как видим, значительное понижение хлоридов не есть абсолютно постоянное явление для тубменингита, все же исследование хлоридов дает ценные диагностические указания и заслуживает большего внимания, нежели клиника ему уделяет в настоящее время.

А. Левин.

Comby. **Nouvelles observations de scorbut infantile** (Новые наблюдения детского скорбута). Archives de med. des enfants № 1, 1925 г.

На основании 92 собственных наблюдений детского скорбута французский педиатр Comby приходит к следующим выводам:

1. Детский скорбут или Барловская болезнь характеризуется, главным образом, болезненной псевдопараплегией и кровоточивостью десен. Скорбут не бывает при грудном или смешанном кормлении; он обыкновенно поражает младенцев, вскармливаемых консервированным молоком или консервированной мукой—веществами лишенными витамина С. Барловская болезнь есть авитаминоз.

2. Скорбут не появляется тотчас же по употреблении консервированного блюда; необходимо, чтобы прием этой пищи продолжался в течение нескольких месяцев. Если ребенок получает в промежутке между кормлениями несколько ложечек сырого молока или соуса сырых фруктов, то он предохранен от скорбута.

3. На 92 случая имеются 49 девочек и 43 мальчика. Возраст распределяется следующим образом:

к 6 мес.——10 случаев
„ 6—12 мес.——62 случая
„ 12—18 мес.——15 случаев
старше 18 м. —— 5 случаев

Заболевание падает на возраст 6—18 месяцев. Случаи скорбута до 6 и после 18 месяцев являются исключительными.

4. Два симптома должны быть подчеркнуты: 1) болезненная псевдопараплегия, наблюдавшаяся 88 раз на 92 случая, четыре раза этот симп-

том недоставал в forme fruste; 2) кровоточивость десен—65 раз на 92 случая. Дети, не имеющие зубов, или не имеющие верхних зубов, не имеют данного симптома.

5. Из других симптомов обозначаются: гематурия, пурпура, кожные гематомы. Иногда повышается температура, могущая достигнуть до 40°. Из указанных 92 случаев 15 раз можно было смешать с ревматизмом, 10 раз с наследственным сифилисом, 8 раз с коксальгией и Mal de Pot, 4 раза с полимиэлитом, 2 раза с врожденным вывихом бедра.

6. Лечение простое. Нужно запретить консервы и давать свежее кипяченое молоко, прибавляя несколько ложечек соуса апельсина, лимона или винограда.

А. Левин.

Zalewski. **Du réflexe oculo-cardiaque chez les nourrissons.** (О глазо-сердечном рефлексе у грудных детей). Archives de medicine des enfants. № 2, 1925 года, февраль.

Надавливая на глазное яблоко, у многих людей происходит замедление пульса; сей глазо-сердечный рефлекс или симптом Ашнера представляет всегда большой интерес и заслуживает внимания клиницистов. В то время, как этот рефлекс описан довольно подробно у взрослых, мы имеем более редкие и неполные сведения касательно детей, особенно, грудных. Однако, физиологические особенности иннервации детского сердца и развитие вегетативной нервной системы у детей отличаются от взрослых; кроме того, изменения во время роста делают этот рефлекс более поучительным у детей. Eckert констатирует симптом Ашнера в 10 случаях на 16; по его мнению, этот симптом появляется попутно, с положительной реакцией на ваготонию. Шиф упоминает, что этот рефлекс встречается часто у детей без выраженной ваготонии; в этих случаях он до того усилен, что умеренное давление на глаза вызывает значительную брадикардию. Gismondi нашел положительный рефлекс в 18 случаях на 20 и заключил, что ваготония есть физиологическое явление у детей. Ряд авторов описывают сей рефлекс у детей с после дифтеритическим параличем и констатируют его сильно увеличенным, уменьшающимся с улучшением паралитических явлений. Jeuny исследовал 250 детей от 3 месяцев до 15 лет: в 4% отсутствует замедление пульса, в 90% рефлекс положителен и усилен, в 5% рефлекс сильно увеличен. В отношении пола разницы нет. Особенно рефлекс выражен при дифтеритическом параличе и может быть рассматриваем как ранний симптом. D'Alzina Melis исследовал рефлекс у 82 детей с 3 до 6 лет; в большинстве случаев положительный результат. Friedberg указывает, что после ин'екции адреналина рефлекс получается с большей легкостью. Zalewski исследовал симптом Ашнера у детей с 2-х до 15 лет и нашел его положительным в 93%, так же часто как и респираторную аритмию, хотя между этими двумя явлениями нет полного параллелизма. Исследовать этот рефлекс у грудных детей чрезвычайно трудно. Крик, движение, возбуждение ребенка ускоряют деятельность сердца, обусловленного недостаточным тонусом тормозящего сердечного аппарата, что является физиологической особенностью грудного ребенка. Лучше всего исследовать ребенка во время кормления. Надавливая на глазное яблоко спящего ребенка, его быстро пробуждают. Изучая симптом Ашнера у грудных детей, вскармливаемых грудью с 1 до 12 месяцев, получены следующие результаты:

Степень реакции .	симптом Ашнера —	+	++	+++
Количество случаев	2	38	29	11
% случаев . . .	2,5	47,5	36,2	13,7

Результаты симптома Ашнера у новорожденных и грудных детей в первые недели представлены в следующей таблице:

Возраст грудн. детей	Количество случаев	симптом Ашнера —	+	++	+++
1 день	3	3	—	—	—
4 дня	1	1	—	—	—
5 „	3	3	—	—	—
7 „	3	2	1	—	—
2 недели	5	2	1	2	—
3 „	2	—	1	1	—
Всего . . .	17	11	3	3	

Резюмируя эти наблюдения, можно заключить, что рефлекс Ашнера является физиологическим у грудных детей; он встречается в легкой и умеренной степени у большинства здоровых детей. Он отсутствует у новорожденных и мало выражен в первые недели жизни, вероятно, вследствие слабого развития и слабой возбуждаемости центров vagus'a в этом периоде жизни. Этот симптом имеет клиническое значение. По гипотезе Eppingera и Hess'a эксудативный диатез представляет детскую специальную форму ваготонии; в основе ваготонии существует гипоплязия хромафинной системы, дающей недостаточную продукцию адреналина и ослабление тонуса симпатической системы, вследствие чего преобладает vagus. Подтверждением этой гипотезы является труд Красногорского, показывающий хорошие результаты лечения эксудативного диатеза атропином, понижающим тонус vagus'a. В данном вопросе симптом Ашнера представляет интерес постольку, поскольку он является одним из симптомов состояния гиперваготонии в эксудативном диатезе. Zalewski приходит к заключению, что не у всех эксудатиков симптом Ашнера положителен и полагает, что частота положительного симптома зависит от связи между эксудативным диатезом и невропатической конституцией. У невропатиков этот рефлекс всегда положителен. У монголиков, гидросефаликов и менингитиков рефлекс усилен; в последней стадии туберкулезного менингита рефлекс отсутствует, вследствие начинающегося паралича вагуса. Рефлекс отсутствует также при токсических явлениях, при воспалении легких с общей интоксикацией, при потере сознания с исчезновением рефлексов, также при агонии. Симптом Ашнера является ценным методом клинического исследования; он дает возможность оценить возбуждаемость vagus'a и состояние его центров.

А. Левин.

Профилактика зоба в Швейцарии и Америке.

1. В виду огромного распространения зоба в Швейцарии, (что видно, напр., из того, что в некоторых районах число пораженных зобом детей в школах достигает 60—80 проц.), затраты государства на борьбу с зобом и его последствиями достигают многих миллионов.

Для выработки мер борьбы с этим злом образована комиссия, о результатах работ которой сообщает Christin в Marseille medical от 5, VI—1924. Эта комиссия изучала как этиологию и лечение, так и меры профилактики против этого страдания.

Считая причиной зоба нарушение иодного обмена в организме, комиссия предложила массовое и регулярное назначение иода в достаточной для профилактики и неядовитой дозе, что может быть достигнуто заменой имеющейся в продаже поваренной соли *иодной*, содержащей 0,005 иодист. калия на киллограмм (т. е. одну каплю иодной настойки 1:10). Christin полагает, что, если даже не считать окончательно разрешенным вопрос о природе зоба, прибавляя гомеопатические дозы иода к поварен. соли, можно будет избавиться от зоба в Швейцарии в течение 20 лет; сотня килограммов иодной соли в год достаточна для всей Швейцарии, расходы выразятся в сумме около 40.000 франков вместо миллионов, которых стоит ныне зобная эпидемия.

(Paris medical, 8, IX—924, № 45).

2. O. P. Kimball. **Kropfprophylaxe,** Publ. Health Rep., 38, № 17.

Зрелость и беременность являются критическими периодами для развития зоба; поэтому в течение этих периодов необходимо своевременно восстановить угрожающую недостаточность иода в организме.

Marine и Kimball. Произвели в Акроне-Огио (280.000 жителей) с 1916 по 1920 г. многочисленные опыты иодной профилактики в школах для девочек в возрасте от 11 до 16 лет. Среди 10.000 подвергшихся тщательному врачебному осмотру девочек имелось 56 проц. с увеличенной щитов. жел. Из них 5000 оставлено лишь под наблюдением, а 5000 с разрешением родных получали иодист. натр по 0,189 в водном растворе в течение 14 дней каждую весну и осень. Ежегодно производился повторный осмотр. Из получивших иод легкое увеличение щитов. жел. развилось лишь у 2 крайне бедных детей; напротив у неполучавших иода зоб замечен в 27 проц. При иодной терапии у детей, имевших зоб, последний исчез в более чем 60 проц. без всяких других вмешательств. Побочных явлений не наблюдалось. Прекрасные результаты побудили другие общины к введению такого же способа профилактики.

В районах эпидемического зоба каждая беременная должна принимать профилактически иод.

Опыт показывает, что мальчики заболевают почти в 6 раз меньше (реже) девочек.

Зобы, развивающиеся после хронических инфекций, особенно легко поддаются иодной терапии.

(Deutsche Med. Woch., № 51, 1924).

В. Мирер.

Maurice Renaud. **Лимоннокислый натр, как кровеостанавливающее.**

Автор, на основании своего опыта, горячо рекомендует Natr. Citric. при кровотечениях на почве рака, туберкулеза и пр. Он приводит случаи рака прямой кишки, пищевода, матки; геморроя, гинекологич. заболеваний (метроррагии, фибромы, кровотеч. у беремен.), в которых применение этого средства приводило и быстрой и стойкой остановке кровотечения.

Назначается в виде внутривенных вливаний—раствор 30,0 Natr. Citr. на 100 воды в количестве 15—20 gr. Раствор должен быть приготовлен ex tempore.

(Paris Medical, № 38, 1924).

В. Мирер.

Prof. D. F. v. Herrenschwand. **„К бактериологии и возникновению краевых язв роговицы“.** (Monatsbl f. Augenheilk Ноябрь-декабрь 1923 г.)

Некоторые виды язв роговицы уже, благодаря их единообразию формы и клинической картины, позволяют с определенностью делать заключение о роде их возбудителя, так например Ulcus serpens (пневмококи) или редкая дискообразная диплобацилловая язва. Иначе обстоит с язвами края роговицы, чья форма определяется краевыми условиями роговицы. Бактериологические исследования краевых язв, кроме обнаружения staphylococcus aureus и albus с сомнительной патогенностью, дали долгое время отрицательные результаты. Лишь zur Nedden'у удалось в большом количестве краевых язв обнаружить, как возбудителя Грам-негативную палочку, названную по его имени Недденовской палочкой. Недденовская палочка в краевых язвах роговицы была обнаружена и целых рядом других лиц, какой-то Bietti, Demaria, Mac Nob и др., но лишь в столь редких и отдельных случаях, что и zur Nedden должен был признать, что лишь в Прирейнских странах Nedden'ская палочка может быть рассматриваема как возбудитель краевой язвы роговицы. Herrenschwand'у в Инсбруке ни разу не удалось обнаружить там Nedden'скую палочку, но в последнее время ему удалось из одного типичного случая краевой язвы роговицы культивировать другую Грам-негативную палочку, разведение культуры коей, привитое intracorneal'но или subconjunctival'но вызвало у зайцев и морских свинок образование краевой язвы роговицы, клинически сходной с краевой язвой у человека.

Подведение открытой палочки под какую-нибудь группу бактерий не является возможным, ввиду своеобразных особенностей ее, а также в виду отсутствия соагглутинаций родственных видов. Некоторыми особенностями открытой палочки являются следующие. В чистой культуре—растет в виде маленьких Грам-негативных палочек; в старых бульонкультурах находились немногие расщепленные нити, состоящие из маленьких палочек. Палочки имеют 5-6 перитрихических жгутиков и обладают самоподвижностью. При температуре тела прорастают лучше всего, нагревание до 56° в течение 1/2 часа их убивает. Споры не образовываются.

На агаре спустя 6 часов замечается поверхностный рост, спустя 24 часа имеется уже налет с влажным блеском, который легко снимается петлей. Постоянно у краев налета развиваются своеобразные побеги и разветвления, придающие налетам типичную форму. Эти побеги и разветвления получаются лишь на обыкновенном агаре, на прочих твердых средах отсутствуют. На кислых средах рост весьма редкий, отдельные колонии малы; на Chinablau-агаре роста не происходит. На человеческой крови—агаре спустя 24 часа наступает обильный рост с выраженным гемолизом. На желатинплатах рост становится макроскопически заметным лишь спустя 48 часов и разжижение желатина не наступает даже спустя долгое время. Также не вызываются разжижение Леффлер'овского серума и коагуляция молока. В колбах брожения незначительное развитие газа вызывается в бульонах левулозы, мальтозы и виноградного сахара. Образование какого-либо запаха не имеет места ни на твердых, ни в жидких средах.

Возникновение краевых язв, по мнению автора, происходит таким образом, что токсины, выделенные сидящими вблизи роговицы бактериями, первоначально вызывают повреждение эпителия роговицы, после чего на местах повреждения оседают указанные бактерии.

Д-р Д. Кантор.

D r. C h r o n i s (Александрия) **„Новый оперативный метод лечения трихиазиса и заворот нижнего века“.** (Klin. Monatsbl für Augenheilk Nov. Dez. 1923 г.)

Автор рекомендует свой оперативный метод лечения трихиазиса и заворота нижнего века, технически легко выполнимый, практикуемый им более 10-ти лет на большом материале и за все время не давший ни одного рецидива.

Техника рекомендуемого метода следующая: местная анестезия при помощи подкожной ин‘екции одного куб. сант. 2 проц. раствора новококаина, к которому прибавляется несколько капель $1^{0}/_{00}$ раствора адреналина. Спустя 10 мин. после подкожной ин‘екции начинается операция, состоящая из 3 приемов:

1. Параллельно краю века в 2-3 м. м. от ресниц делается разрез кожи, который начинается у слезной точки и кончается в 2-3 м. м. от наружного угла глаза.

2. От обоих концов разреза проводится по направлению к щеке 2 новых конвергирующих разреза таким образом, чтобы они сходились как раз против середины первого разреза на расстоянии 1 с половины или 2 см. от него (в зависимости от степени заворота берется расстояние в 1 с половиной или 2 см.), так что получается треугольник, основанием которого является первый разрез.

3. Плоскими режущими ударами ножниц удаляется кожа треугольника вместе с мускулатурой, вся раневая поверхность прижигается иодной тинктурой и накладывается асептическая повязка. Швы не накладываются, ране дают зажить per secundam.

Через 24 часа, при перемене повязки видно, что кожа стянулась и склеилась, от треугольного дефекта нет следа, а заворот resp. трихиазис не имеет больше места. На 3-4 день имеется еле видный линеарный твердый рубец, который не дает веку развернуться внутрь к глазу.

Косметический эффект операции—безупречен.

Д-р Д. Кантор.

P r o f. A. B e d n a r s k i. **„De l’excavation physioloqique du nerf optique“.** (Arch d’ophtalmologie, январь 1925 г.)

Физиологическая экскавация бывает иногда таких размеров, что заставляет думать о главкоме, а часто с другой стороны нельзя обнаружить малейшую экскавацию даже при самом тщательном офтальмологическом исследовании.

Для выяснения вопроса, в какой зависимости находятся наличие и размеры физиологической экскавации от рефракции глаза, автор подверг офтальмоскопическому исследованию 833 глаза.

Уже в 1876 г. Klein (Wiener Klinik) констатировал, что физ. экскавация отсутствует в среднем в 38 проц. глаз, а именно в 26 проц. у миопов и 78 проц. у гиперметропов, и, по его мнению, физ. экскавация встречается в 3 раза чаще у эмметропов и миопов, чем у гиперметропов.

Garnier (Jahresber. f. Ophtalm 1894) констатировал физ. экскавацию лишь в 26 проц. глаз, при чем у эмм. 25 проц., у гиперм. 25 проц. и миопов 26 проц.

По Bach и Seefelder’у (Atlas zur Entwiklungsg. des menschl. Auges 1914) физиол. экскавация гораздо чаще у миопов, чем у гиперметропов. Hess (Graefe-Saemisch VIII, 1903) говорит, что физиол. экскавация не встречается чаще и не бывает более выражена у гиперметропов, чем у эмметропов и миопов, что доказано Hernheiser’ом и вполне подтверждено его собственными исследованиями.

Расхождение в утверждения авторов проф. Беднарский об'ясняет небольшим количеством исследований в одних случаях и неучтением степеней аметропии в других случаях.

При своих исследованиях автор разбил исследуемых на группы в зависимости от рефракции: на группу с эмметропией, на группу с миопией слабой (до 3,0 Д), средней от (3,5—8 Д) и сильной (с 9,0 Д и более) и на группы с гиперметропией слабой (до 3,0 Д), средней (с 3,5—5,5 Д) и сильной (с 6,0 Д и более).

Данные исследования следующие: у эмметропии физиол. экскавация встречается в 86 проц. случаев, у гиперметр. слабой—86 проц.; средней—74 проц., сильной—34 проц.; у миопии слабой—84 проц., средней—23 проц., сильной—5 проц.

На основании этих данных автор заключает, что 1) физиол. экскавация встречается чаще всего у эмметропов и в случаях слабой степени аметропии; 2) чем сильнее аметропия, тем менее часто имеется физиол. экск., в особенности у близоруких; 3) если в случаях сильной степени миопии и встречается физ. экскав., то она обыкновенно не глубокая.

Свое заключение автор подкрепляет еще следующим моментом. Обыкновенно физ. экск. бывает двусторонней, лишь в 1 проц. по Garnier она бывает односторонней, а по Ransom'у (Centralbl. für Opht. 1921) нет, как правило, разницы в степени экскавации в обоих глазах. Если заключение „2" автора верно, то в случаях анизометропии, физ. экскавация должна быть менее развита в более аметропич. глазу. Офтальмологическое исследование 34 таких случаев подтвердило предположение автора, и именно: в глазу с более сильной аметропией физиол. экскавация была или слабее или совсем отсутствовала.

Д-р Д. Кантор.

D-r H. Hensen. **„Ueber die Behandlung der Keratitis parenchymatosa avasculosa durch Hohensonne"**. (Zeitschr f. Augenheilk, Январь 1924 г.)

Автор сообщает о 4 случаях Keratitis parenchymatosa avasculosa, которые он подверг действию кварцовой лампы таким образом, что открытый глаз на расстоянии 50 см. от лампы подвергался действию лучей сперва 0,25 мин., на следующий день 0,50 мин. и т. д. до 1 минуты. Результат всегда был поразительный. В то время, как до указанного лечения даже при исследовании сильной лупой сосуды в роговице не были обнаружены, после 2, 3 освещения развивалась богатая васкулизация, которая в короткое время вызвала значительное рассасывание инфильтратов перенхимы, а в одном случае получилось даже полное рассасывание.

Каждое освещение вызывало легкое раздражение и покраснение краев век и кон'юнктивы. Какие-либо остающиеся повреждения глаза не наблюдались.

Д-р Д. Кантор.

D-r Shin-ichi Funiashi (Mukden). **„Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der phlyctaenulaeren Entzündungen"**. (Klin Monatsbl. fur Augenheilk. июль—август 1923 г.)

Вопрос об исключительном этиологическом значении туберкулеза для золотушного кератокон'юнктивита—Keratoconjunctivitis. scrophul s. phlycten.—особенно стал дискуссионным после того, как Czerny в 1905 г. весь симптомокомплекс „золотухи" разбил на две резкие группы—группу детского туберкулеза и группу экссудативного диатеза—и к детскому туберкулезу отнес все те проявления золотухи, которые являются мета-

стазами туберкулезных бацилл, а к экссудативному диатезу те проявления золотухи, в которых туберкулезные бациллы обнаружить не удалось, при этом под экссудативным диатезом Czerny подразумевает не определенную болезнь, а состояние повышенной восприимчивости, врожденную пониженную сопротивляемость по отношению к некоторым заболеваниям, т. е. конституциональную аномалию.

Так как в фликтенах туберкулезные палочки никогда обнаружены не были, то Czerny рассматривает также золотушный кератокон'юнктивит, как проявление экссудативного диатеза, не имеющего ничего общего с туберкулезом. Экссудативный диатетик реагирует фликтенулезным воспалением на все те вредности, которые у конституционально-нормальных детей вызывают лишь обыкновенный кон'юнктивит. Большинство же окулистов того мнения, что связь между фликтенулезным кератокон'юнктивизом и туберкулезом существует. „В общем фликтенулезный кон'юнктивит является выражением туберкулезно сверхчувствительности кожи"— таковы заключительные слова Фукса в главе о фликт. кон'юнктивите (Lehrbuch der Augenheilkunde von Prof D. E. Fuchs Wien 1922 г.)

В связи с этой проблемой, а именно, может ли туберкулез без побочных этиологических моментов вызвать образование фликтен или их возникновение возможно без наличия туберкулеза,—большой интерес представляет работа д-ра Shin-ichi—Funiashi из Мукдена.

Для своих экспериментов автор употреблял четыре серии молодых кроликов, причем кролики первых трех серий для вызова у них состояния аллергии подвергались в течение 3-х недель ежедневным подкожным ин'екциям в 0,5 куб. см.: I серия—1 проц. раствора альт туберкулина; II серия—разведенной эмульсии стафилококков (10 м. гр. 24 часовой культуры разводились в 2 куб. см. воды, ставились на 1 час в териостат при 60-65° и разбавлялись в 1000 раз); III серия—1 проц. раствора солянокислого тирамина; IV серия—предварительной подготовке не подвергалась, но содержалась в тех же условиях и на том же корме, как кролики первых 3 серий.

Дня 2-3 после окончания указанной выше подготовки в кон'юнктивальный мешок кроликов всех 4 серий пять раз в день в течение 2 дней впускали каждый из указанных выше растворов.

Спустя пару часов после первого впускания капель, локально ограниченная гиперэмия всегда получалась у верхнего края роговицы и проходила лишь спустя 48 часов. Подобная гиперэмия получалась также и у некоторых контрольных кроликов (серия IV), но она была менее интенсивна и быстро проходила.

Помимо гиперэмии у кроликов первых 3 серий образовывались часто фликтены, которые клинически и гистологически не отличались от фликтен у человека. И эти фликтены получались не только тогда, когда туберкулино подготовленным кроликам впускали раствор туберкулина в кон'юнктивальный мешок, но и тогда, когда в кон'юнкт. мешок впускали раствор стафилококковой эмульсии или тирамина. Больше того, фликтены получались и тогда, когда капли растворов стафилок. эмульсии или тирамина впускали в кон'юнктивальный мешок кроликов, подвергавшихся ин'екциям тех же растворов.

Таким образом опыты показали:

1. Что нет необходимости в туберкулезе, а одного циркулирующего в крови туберкулина достаточно, как общая причина фликтен;

2. Что у предварительно туберкулином подготовленных животных не только туберкулин, но и стафилококковый яд и тирамин при локальной (в кон'юнкт. мешке) аппликации могут вызвать образование фликтен.

3. Что особенно важно, что как стафилококковый яд, так и хими-

чески чистый соляно-кислый тирамин могут, подобно туберкулину, служить общей причиной эрупции фликтен, т. е. возможно образование фликтен без всякой связи с туберкулезом.

На основании данных своих опытов автор предполагает, что и при образовании фликтен у человека не только туберкулин, но возможно и другие чуждые организму белковые вещества, как бактериального, так и небактериального характера могут, вызывая различные степени состояния сверх-чувствительности (аллергии), быть причиной эрупции фликтен.

Д-р Д. Кантор

Д-р Эрнст Кречмер—**Строение тела и характера (исследования из области проблемы конституции и учения о темпераментах).** Перевод с немец. Госуд. Изд. Украины 1924.

Гёте определял врача, как биологически мыслящую личность, прокладывающую мост от вселенной к человеку, от души к телу. В этом смысле Мефистофель в „Фаусте" об'ясняет студенту сущность медицины. И не поэтому ли мы с радостью приветствуем те книги, где вопросы психофизики трактуются с точки зрения психо-физической причинности. Лицо—зеркало души или, как говорит Кречмер,—визитная карточка характера. Первое впечатление о физическом облике человека надолго определяет наше поведение по отношению к нему. Мы никогда ни ошибемся, имея перед собою изображения Дон-Кихота и Санчо-Пансо. Конечно, тот высокий и костлявый, с вытянутым лицом искателя—рыцарь печального образа, а другой толстый с плутоватым лицом—его оруженосец, принимающий Альдонсу, как таковую, без всякой потребности в идеализации и претворении в Дульцинею. И не изображается ли учитель математики худым с сухоньким и черствым лицом, а словесник толстым и коренастым, любящим выпить и склонным к либерализму. И, наконец, еще один пример—Достоевский и Гончаров. На полученном облике первого вы, конечно, узнаете творца Карамазовых и Раскольникова, а в благообразном старике с ленивыми движениями и изрядным брюшком—творца Обломова.

В этом отношении подход Кречмера правилен. Изучая физическое строение большого числа душевно-больных, Кречмер, в соответствии со взглядами терапевтов, выделяет три больших конституциональных группы: астеники, атлетики, пикники. Первым двум группам свойственна шизофрения, последней маниакально-депрессивный психоз. „Астеники" нежны, тонки, отличаются узким лицом, в котором нос превалирует над нижней челюстью, длинными конечностями, склонны к туберкулезу. „Пикники", напротив широкоплечи, коренасты, склонны к отложению жира; лицо их в типичных случаях большое, широкое, „глубокое", по выражению Кречмера. С любовью и большой художественностью очерчены эти типы психиатрически. Но психиатрия только последний этап психологии, ибо так называемая „норма" только абстракция а „нормальный" характер и темперамент—только приближение к тому или иному виду патологических конституциональных типов. Психологическому анализу нормальных „астеников" и „атлетиков", „шизотимиков" и нормальных „пикников"—„циклотимиков" посвящена вторая часть книги. Особенно интересен обзор творчества, поэта, художников, писателей и вождей с вышеизложенной точки зрения, в котором автор обнаруживает огромную эрудицию, глубину психолога и мастерство художника, хотя со многими частностями можно, конечно, не согласиться. Вот в общем канва этой в высокой степени интересной книги Ее главный недостаток—недостаточное обоснование психи-

ческих свойств физическим Habitus'ом и отсутствие прочной увязки между первой (физиологической) и второй (психологической) частью книги. Так о внутр. секреции говорится только вскользь, между тем, как именно в ней хочется внесть обоснование для психофизиологии типов. О причинности недостаточно сказать, нужно ее доказать, указать, в чем именно она заключается. Иначе—не причинность, а параллелизм.

А. П.

Рецензии.

Сборник в честь пятидесятилетия врачебной, общественной и научно-педагогической деятельности проф. В. Я. Данилевского.

Сборник вышел под редакцией В. М. Когана, А. В. Палладина и Я. Я. Постоева, содержит (вместе с биографическим очерком) 271 страницу текста и хорошо исполненный портрет юбиляра.

Из помещенных в сборнике работ, обращающих на себя, прежде всего, внимание, работы E. Sley и Alt. Quinqand (Париж)—„функция надпочечников". Авторы, напомнив о тенденции приписывать адреналину наибольшее значение при повышении кровяного давления от раздражения n. splanchnici, приводят свой опыт, доказывающий, что повышение давления зависит от суммы двух эффектов: нервного и гуморального. Авторы на собаке произвели три одинаковых раздражения правого n. splanchnici током в течение 30″ (2 вольта, 1 микрокулон). При первом они записали кривую повышения кровяного давления, как обычно. При втором—при зажатой вене надпочечника,[x] причем, кровь в это время собиралась. При третьем одновременно с раздражением при перевязанной вене надпочечника вводилась кровь из надпочечника, собранная при 30″ раздражения тем же током. Четвертая кривая показывает повышение, происходящее при инъекции такой крови собаке до перевязки надпочечниковой вены и без раздражения током.

Эффект от адреналина оказывается равным эффекту от непосредственного действия n splanchnici. Вне раздражения нерва, вена надпочечника не содержит адреналина в таком количестве, чтобы можно было обнаружить его действие.

Далее интересна работа Д. П. Гринева и С. Л. Утевской „к вопросу о патогенезе цынги", так как нас интересует все, относящееся сюда. Авторы произвели большую работу по обследованию флоры кишечника морских свинок нормальных и больных скорбутом, в результате чего нашли в кишечнике больных условия для образования ядовитых веществ под влиянием микрофлоры его. Авторы поддерживают, таким образом, теорию интоксикации. Общеинтересна также работа Д. Е. Альперна из лаборатории Патологической физиологии Харьковск. Мед. Ин-та о сосудистой реакции при полном и витаминном голодании. И с этой стороны, между этими двумя состояниями имеется различие: одно из положений автора гласит, что можно даже пользоваться сосудистой реакцией для отличия одного от другого. Из приводимых автором таблиц явствует, что адреналин суживает сосуды изолированного крыла нормального голубя в среднем на 90,6 проц., голодавшего на 74,2 проц., а больного на 20—39 день болезни в среднем на 29 проц. Гистологически при авитаминозе наблюдается липоидная дегенерация артериол и капилляров, чего нет при полном голодании.

Прочие работы, вошедшие в сборник, также, несомненно, представят большой интерес, как для биологов, так и для клиницистов.

Издана книга вполне удовлетворительно, опечатки очень редки (но есть: напр. „кривой" поверхности вместо „кожной" на 5 стр.).

Л. Р.

---

[x] второй надпочечник был удален.

Сборник в честь 40-летия профессора Н. П. Тринклера.

Харьков. 1925 г.

Профессор Н. П. Тринклер представляет собою очень крупную хирургическую величину и идею его друзей и учеников выпустить сборник, посвященный ему, нужно всемерно приветствовать. По своему содержанию этот сборник, в к-ром приняли участие 32 автора, представляет большой интерес. В ряде работ загронуто много современных тем из области теоретической и клинической хирургии. Очень интересна по своей теме работа Л. И. Палладиной, изучающая влияние зобной железы на обмен, ибо физиология и патология зобной железы в этом смысле мало выяснена. Среди работ, посвященных желудочно кишечному тракту, следует отметить работу пргф. И. И. Грекова, в к-рой он излагает свой новейший опыт в деле лечения заворота сигмовидной кишки. Очень интересна работа проф. В. Н. Шамова, затрагивающая не менее злободневный вопрос о методах желудочно-кишечного шва после резекции желудка. Проф. А. В. Мельников сообщает о вариантах формы и положения толстых кишек, имеющих клиническое значение. Проф А. А. Абражанов обращает внимание на новую болезненную точку, обнаруженную им при аппендиците. Две работы (проф Н. Н. Филиппова и А. И. Макиевского) посвящены вопросу о лечении выпадения прямой кишки. Большое значение имеет работа Н. И. Романцева (из клиники проф. Федорова) о месте образования первичного пигментного зачатка желчных камней, в к рой он переносит, до известной степени, образование камней из желчного пузыря во внутрипеченочные ходы. Интересны работы Э. Р. Гессе о резекции диафрагмы, Вауег—о резекции верхней челюсти с разрезом через ротовую полость. Операция Штейнаха трактуется в двух работах—А. И. Мещанинова и проф. М Б. Фабриканта. Большой практический интерес представляет собою статья проф. Н. Н. Петрова о сочетании наркоза с местным обезболиванием. В числе участников сборника дальше нужно назвать проф. Воронцова, проф. Малова, прив.-доц. Бобина, М. А. Осипова, проф. Пржевальского, проф. Кудинцева, пр.-доц. Корхова, А. А. Бельца, А П. Абрамову, Л. Г. Иозефовича, Эвоян, Марьянчика, Иргера, Керестеджяна, проф. Шульгина, проф. Трегубова, пр. Богораза, Лидского, Булгакова. Хирургическая ценность книжки, являясь достойным выразителем значения лица, к-рому сборник посвящен, делает ее в то же время желательным приобретением для библиотеки каждого хирурга.

Проф. *С. Рубашев.*

F. Brüning und O. Stahl. **Die Chirurgie des regetativen Nervęnsystems.** Berlin 1924.

Чрезвычайно выросшая за последние годы хирургия симпатической нервной системы и все растущая литература этого вопроса вызвали естественно потребность в суммировании достигнутых результатов путем издания соответствующего руководства. В 1924 г. в „Ergebnisse sür innere Medicin“ появилась работа Kappis, собравшего все данные, накопленные до начала 1924 года. Одним из создателей хирургии вегетативной нервной системы в Германии надо считать проф. Brüning, к-рый вместе с своим сотрудником и написал разбираемую нами книгу. В ней собрана на 38 страницах вся литература вопроса до августа 1924 года. Книга касается всех отделов вегетативной нервной системы: хирургии пограничного ствола-преимущественно шейного,—много, конечно, посвящено периартериальной симпатоэктомии, показаниям к ней; не забыты операции на периферических нервах, поскольку они затрагивают симпатическую нервную систему, также и хирургия блуждающего нерва. Анатомические

и физиологические данные дополняют клинику. Книга снабжена 72 рисунками и представляет собою необходимое пособие для каждого хирурга, интересующегося этим новым отделом его специальности.

Проф. *С. Рубашев.*

Грибковые заболевания.

(Favus, Trichophytia, Microsporia)

Сборник материалов по СССР под редакцией д-ра С. М. Брамсона и д-ра О. Н. Подвысоцкой. Издательство Санпросвет Губздрава.

Ленинград. 1925.

Грибковые заболевания, распространившиеся с ужасающей быстротой в течение последних лет не только на территории СССР, но и в Западной Европе, всюду вызвали к себе большой научный и практический интерес и соответствующие меры борьбы с ними, поэтому издание сборника с изложением всех перепетий борьбы с грибковыми заболеваниями, с изложением научных достижений в этой области и практических результатов борьбы, можно только приветствовать.

Предлагаемый сборник содержит следующие работы: 1) О. Подвысоцкая. Дерматомикозы (Favus, Frichophytia Microsporia). Исторический ход развития и современное состояние вопроса. 2) Ю. А. Финкельштейн и Е. Е. Сигалова. К характеристике дерматомицетов, выкультивированных у детей гор. Москвы и Московской губ. 3) Проф. А. Г. Лурье и д-р А. Г. Рабинович. О трихофитиях в некоторых детучреждениях г. Киева и его окрестностей. 4) А. Г. Рабинович. К вопросу об эпидемических заболеваниях волос. Иммунитет при трихофитиях. 5) М. Б. Карелиц. Дерматомикозы в Ленинграде. 6) Г. О. Сутеев. К вопросу о борьбе с трихофитией в Москве. 7) К. М Жирмунская. Клиническое течение грибковых заболеваний волосистой части головы при рентгенотерапии. 8) М. Я. Карлин. Рентгенотерапия грибковых заболеваний волос у детей. 9) Б. М. Беренштейн. Деятельность районной Подольской рентген-станции в Киеве. 10) Б. М. Беренштейн. Трехпольное освещение при грибковых заболеваниях волосистой части головы. 11) Г. Вайншенкер. К вопросу о трехпольном освещении головы при лечении грибковых заболеваний. 12) Б М. Беренштейн. Массовая рентгенизация фавозных путем одновременного освещения четырех голов (quadriplex). 13) Е. М. Кондратьева и Я. И. Калитский. Борьба с грибковыми заболеваниями волос и рентгенотерапия по способу Альтмана, одновременно освещения нескольких голов одной трубкой. 14) Б. К. Розенцвейг. Из практики рентгенотерапии грибковых заболеваний волосистой части головы. 15) А. Л. Халинский. Последующее лечение парши и стригущего лишая после рентген-эпиляции. 16) М. Быховский. Борьба с фавусом и трихофитией за время с 1920 по 1923 год по материалам Киевского Рентгеновского Института. 17) Борьба с грибковыми заболеваниями в СССР и ее организационные формы (по материалам Центральной Медицинской Комиссии Джойнт.) Среди этих работ бросается в глаза отсутствие работы по личной и общественной профилактике грибковых заболеваиий, только несколько строк по этому вопросу посвящены в работе проф. Лурье и д-ра Рабиновича; совершенно не говорится о диспансеризации грибковых заболеваний; думается нам, что разработка этих вопросов была бы не бесполезна. Недостаточно разработан, по нашему мнению, также весьма интересный вопрос о рецидивах; он колеблется по данным авторов от 2,8% (Жирмунская) до 10% (Быховский); авторы считают эти цифры только приблизительными.

В историческом обзоре (О. Подвысоцкой) совершенно не упоминается о лечении грибковых заболеваний до появления рентгенотерапии и о результатах этого лечения. Говоря об особенностях дерматомикозов в России, автор указывает, что трихофития является самой частой формой дерматомикозов, затем следует парша, реже всего встречается микроспория; главным возбудителем трихофитии является—Trichophyton violaceum возбудителем парши, которая поражает все возрасты, является главным образом, Achorion Schönleinii, возбудителем микроспории в 96% является Microsporum lanosum. В работе Финкельштейна и Сигаловой следует указать на метод первого из них, состоящий в предварительной обработке об'ектов для засева (волосы, чешуйки, ткань) 2% антирформином, чем начисто, путем растворения, освобождаются об'екты от конкурирующих микробов, оставляя совершенно нетронутыми вегетативные свойства (дерматоцитов; рост на среде Сабуро, после такой обработки, происходит в термостате при 37°, где уже через 2—3 суток можно наблюдать рост колоний Trichophyton'а и через 4—5 дней рост Achorion'а (вместо 12—14 дней при старом методе).

Вопрос о токсинах, об иммунитете, о трихофитине достаточно подробно изложен как в работе Подвысоцкой, так и в работе д-ра Рабиновича.

В целях борьбы с трихофитией в Москве д-р Сутеев предлагает следующие мероприятия:

1. Включение методики борьбы с грибковыми заболеваниями волосистой части головы у детей в цикл лекций для педагогического персонала детдомов. 2. Беседы с детьми школьного возраста о трихофитии. 3. Строгий клинический и бактериологический контроль в распределителе. 4. Немедленная изоляция заболевших и надевание им колпачков. 5. Дезинфекция нательного и постельного белья и одежды заболевших. 6. Периодические осмотры врачем-специалистом. 7. Включение рентгенотерапии грибковых заболеваний в цикл дисциплины на курсах для усовершенствования врачей. 8. Снабжение изолятора Дзержинского достаточным количеством рентгеновских аппаратов. 9. Устройство коллекторов для детей после рентгеноэпиляции. 10. Обеспечение рентгеновской помощью районных трихофитийных коллекторов, путем прикрепления их к одной из районных больниц с рентгеновскими установками. 11. Использовать по возможности рентгеновские аппараты лечебных учреждений для лечения трихофитийных детей, не находящихся в детдомах. 12. Устройство трихофитийного коллектора для детей до 5-летнего возраста под руководством врача-дерматолога. Десять работ посвящены рентгенотерапии. Все авторы приходят к заключению, что рентген-эпиляция с последующим послерентгеновским лечением является самым лучшим и дешевым методом борьбы с дерматомикозами. По поводу рентгенотерапии у маленьких детей нельзя не согласиться с теми авторами, которые предостерегают от применения Рентген-лучей в слишком раннем детском возрасте. Несколько резче следовало бы подчеркнуть, что при повторном лечении Рентгеном, промежуток должен быть не менее 2—3 месяцев, во избежание кумулятивного действия лучей. Почти не говорится о лечении ожогов разных степеней после лечения Рентгеном, каковые, по всей вероятности, встречались не так уж редко, особенно в первое время, когда часто не было ни достаточно оборудованных рентгеновских кабинетов, ни достаточно сведущих рентгенотерапевтов. Большим шагом вперед в лечении трихофитии и фавуса в СССР является массовое лечение по методу Altmann'а и особенно его модификация „quadriplex", предложенная д-ром Шейнцвитом. Д-р Бернштейн, применявший метод „quadriplex на Подольской Рентген-станции, приходит, на основании своего опыта, к следующим выводам:

1) Способ quadriplex, доводя практически рентгенизацию одной головы за один сеанс, увеличивает пропускную способность наших рентгенстанций в пять раз, давая экономию не только на времени, но и на дорого стоящем рентгеновском инструментарии и материале. 2) Вводимый существенный корректив к существующему способу массовой рентгенизации, не только увеличивает число одновременно освещаемых голов, но и дает возможность действительно использовать способ массовой рентгенизации фавозных. 3) Вводя специально сконструированный стол для укладки больных и устраняя, тем самым, неудобства и неточности, связанные с укладкой при помощи мешков с песком, способ quadriplex, механизируя укладку, дает возможность перебросить способ массовой рентгенизации в глухую провинцию. Д-р Халинский в своей статье в достаточной степени раз'ясняет необходимость и важность последующего лечения парши и трихофитии после рентген-эпиляции; тут же приводится „инструкция по уходу за детьми, подвергающимися лечению рентгеновскими лучами по поводу парши и стригущего лишая.“ Заключительная статья содержит отчет о деятельности и достижениях „Джойнта“ на территории СССР. Достижения эти следующие: 1. Установлены вновь, отремонтированы, вызваны к жизни и приспособлены для целей лечения фавуса и трихофитии 43 рентгеностанций. 2. Подготовлен кадр врачей специалистов по рентгенотерапии фавуса и трихофитии, удовлетворяющий потребности на ближайшее время. 3. Дан толчек научному изучению вопросов лечения фавуса и трихофитии. Результатом научной деятельности в этой области является разработанный метод лечения, дающий возможность скорого и экономного массового лечения больных. Кроме того, выявлен на местах научный материал большой ценности, который собран в настоящем сборнике. 4. Благодаря деятельности фавозных диспансеров, широко распространены санитарно-просветительные знания среди населения отдельных областей, что, несомненно, дает хорошие результаты в профилактике фавуса и трихофитии. 5. Найдены и разработаны правильные организационные формы борьбы с трихофитией и фавусом. 6. В проведенной работе накоплен опыт для планомерной, широкой и сравнительно быстрой борьбы с фавусом и трихофитией в тех областях и районах Союзной Республики, где еще не проявлено достаточно инициативы или не создалось достаточно возможностей для устранения одного из печальных последствий пережитых испытаний—грибковых заболеваний. Все вышеупомянутые недочеты, если можно так выразиться, нисколько не умаляют значения сборника, который читается легко и с большим интересом и может сослужить хорошую службу каждому врачу, интересующемуся борьбой с грибковой эпидемией в СССР.

В. Мронговиус.

„Вестник Эндокринологии“ 1925 г. т. I № 1.

Эндокринология начинает играть все более и более крупную роль как в теоретической, так и в практической медицине. Биологи с одной стороны, представители различных медицинских специальностей, с другой, разрабатывают многочисленные проблемы этой новой, малоисследованной области. Среди последних особенно большую роль играют терапевты и хирурги: в текущей медицинской литературе немалое место занимают работы из области эндокринологии. Но бурно развивающаяся область подчиняется тем законам, какие обычны для крупных отделов нашего медицинского знания: эндокринология начинает выделяться в особую специальность. В прошедшем году образовалось Российское Эндокринологическое Обще-

ство и в текущем году оно приступило к изданию своего органа под названием „Вестник Эндокринологии“, появление которого надо приветствовать, как показатель расширения и углубления русской медицинской мысли. Главнейшие страны обладают такими специальными журналами; ныне Россия вступает в их число, причем первая книжка журнала, нужно сказать, ни чем не уступает наиболее молодому из изданий подобного рода—„Révue française d'endocrinologie“.

Первая книжка журнала состоит из 7 работ, куда входит и речь проф. *В. П. Шервинского,* произнесенная при открытии Российского Эндокринологического общества; 2 работы принадлежат проф. *Шефко.* Очень интересна работа *А. Д. Прокина* (из клиники проф. Мартынова), описывающая произведенные за последние 2 года в клинике 21 случай пересадок различных желез от животных (обезьяна, коза) человеку,—в большинстве случаев никакого результата, иногда—преходящий, функциональный успех. *Абессаломов и Россельс* описывают случаи полигландулярного заболевания, —как известно еще мало изученная область. Имеется еще, кроме того, работа П. В. Бочкарева и В. А. Клюпфеля. В журнале имеется также реферативный отдел.

Видя в новом журнале завоевание русской наукой еще одной позиции, пожелаем ему укрепления и роста.

Проф. *С. М. Рубашев.*

Научное Общество Минских врачей.

XV заседание (30-го ноября 1924 г.) 1) *Д-р Дворжец. К вопросу о борьбе с трахомой.* Доклад представляет собою отчет о двухнедельной работе командированного НКЗ Бел. главного отряда в м. Логойске. *Выводы:* обследованная местность далеко не благополучна по трахоме. Причины: бедность населения, крайняя скученность, антисанитарные условия жизни и крайняя недостаточность окулистической помощи. Поэтому при НКЗ Бел. должна быть организована плановая работа, которая должна состоять в ежегодной командировке глазных отрядов, в ежегодном поголовном осмотре всех школьников, в регистрации трахомных среди призываемых на военную службу, в подготовке участковых врачей по глазным болезням, в создании в Минске трахоматозного института и в санитарно-просветительных лекциях о трахоме и о слепоте.

В добавление к этому докладу проф. *Каминский* отметил то социальное зло, которое представляет собою трахома в Белоруссии. Это говорит за то, что необходимо приблизить окулистическую помощь к населению и ознакомить участковых врачей с лечением таких больных.

2. **Проф. Рубашев.** *К вопросу о грязелечении.* Перечислены и разобраны теории, которыми об'ясняют целебное действие грязи. Все они оказываются неудовлетворительными. Описание способов применения грязи. Докладчик полагает, что торф и глина должны иметь такое же целебное действие, как и грязи; ввиду этого предлагает использовать торфяные залежи в Белоруссии для устройства грязевого курорта.

В **прениях** участвовали врачи: *Чарно, Берман, Эпштейн, Дворжец и проф. Соколовский.* Последний не разделяет оптимизма докладчика и других курортных врачей. Результаты одинаковы независимо от местности. От лечения грязями костно-туберкулезных больных он видел только ухудшение процесса.

Д-р Дворжец предлагает использовать залежи серы и грязевые источники в м. Логойске для основания курорта.

В заключительном слове докладчик говорит, что к лечению костно-туберк. больных грязями он подходит осторожно и там, где есть намек на активный процесс, грязелечение недопустимо.

3) **Д-р Цыпкин:** *к вопросу об инфицировании кожных швов.* Сделаны посевы швов в начале и конце операции и в послеоперационный период ежедневно в течение 8 дней, а также посевы рук хирургов и операционного поля в конце операции—всего 416 посевов. *Выводы*: 1) Наибольший процент нестерильных швов приходится на 7—9-ый день после операции; поэтому кожные швы должны быть удалены на 7-ой день. 2) Кэтгут дает гораздо больший проц. нестерильных швов. 3) К концу операции руки хирурга являются нестерильными, а потому к моменту накладывания швов и зашивания раны следует вторично дезинфицировать руки.

XVI заседание (7 декабря 1924 г.) **Проф. Соколовский** демонстрировал а) больного, у которого он произвел резекцию верхней челюсти с злокачественной опухолью, причем для предупреждения кровотечения перевязана Art. Carotis externa, б) удаленную им громадную опухоль бедра и в) сообщил о двух случаях ринопластики.

2) **Д-р М. Шапиро** демонстрировал удаленную им гидронефротическую почку, величиною с голову двухлетнего ребенка, чрезбрюшин. путем.

3) **Д-р Пузырийский** сообщил о *случае поздней смерти после поражения молнией.*

4) **Д-р Щербаков**: *О влиянии солнца на весенние вспышки малярии.* Доклад заключает в себе наблюдение автора в Туркестане над 80 больными и выводы.

XVII заседание (21 декабря 1924 г.) 1) Выражение обществом врачей энергичного протеста против расстрела Эстонским правительством д-р Полякова.

2) **Д-р Э. Шапиро**: *фликтенулезные керато-кон'юнктивиты у детей и их патогенез.* Докладчица на основании своих исследований в клинике проф. Каминского приходит к заключению, как и многие другие авторы, что в основе этого заболевания лежит турбекулезн. инфекция. Лечение туберкулином предохраняет от рецидивов.

3) **Д-р Габрилович**: *Об усилении болезненного состояния в ночное время.* Докладчик пытается найти этиологию и об'яснения этого явления физиологией сна, при котором ослабевают рефлексы, уменьшается газовый обмен и понижается кровяное давление.

Д-р Бабук: *Данные из клинической онкологии.* Материал—1200 новообразований, оперированных на больных бывш. Минской губ. земской больницы за последние 20 лет. Приведена классификация, иллюстрируемая 16 таблицами. Автор пытается найти связь между появлением новообразований и географическими, климатическими и почвенными условиями местности.

XVIII заседание (28 декабря 1924 г.) **1) Д-р Д. Слепян** сообщила о *случае гуммы слезного мешка.* В прениях, главным образом, касались, распространения сифилиса в гуммозной стадии в деревнях.

2) **Д-р Иргер**: *Случай пульсирующего абсцесса в средостении.* При операции удалена толстая капсула с содержимым, причем с грудной полости хлынуло большое количество гноя с кусками творожисто-перерожденных желез.

XIX заседание (18 января 1925 г.) **Д-р Лютынский**: *Строение тела и психозы* (по наблюдениям в психиатрич. отдел. 2-ой сов. больницы).

Докладчик вкратце излагает основные положения Кречмера и видит его заслугу в том, что он перекинул научный мост между биологией и социологией. Далее следует подробное изложение физических и психических признаков двух основных типов—циклоида и шизоида. При проверке Кречмеровских положений докладчик, главным образом, пользовался шизофренией, ввиду ее многочисленности и большей выпуклости.

Прения: *Д-р Чарно* находит, что докладчик умаляет значение биологических методов исследования психических больных. *Д-р Шагалович* отмечает недостаточное внимание, которое докладчик в своих исследованиях уделил образу жизни больных *Д-р А. Поляк* считает, что учение Кречмера срвершенно противоположно учению Freud'a и вряд-ли их взгляды можно об'един ить. Д-*р Гольдблат* отметил положительные и отрицательные стороны доклада. К первым относятся: ознакомление с учением Кречмера, 2) контрольные измерения и исследования по методу Кречмера с целью проверки и 3) ценная находка, что у шизофреников, за исключением одного случая, докладчиком не было найдено увеличения щитовидной железы. Отрицательные стороны доклада: учение Кречмера и учение Фрейда трактуется докладчиком, как незыблемые истины, что большинством психиатров не признается, а материал докладчика слишком незначителен, чтобы сделать определенные выводы,—*проф. Рубашев* считает доклад ценным в том отношении, что автор постарался сблизить биологическую и психическую стороны вопроса. Оппонент указывает на попытку Bier'a об'яснить проявляемую некоторыми психическими больными большую физическую силу.—*Проф. Леонов* отмечает, что сам Кречмер, считает свою классификацию только попыткой, а не разрешением вопроса о конституции. К сожалению, в этом учении игнорируются биохимические агенты, а ведь вся наша жизнь, все наше строение зависит от химизма тканей.

2) **Д-ра Мангейм и Цыпкин**: *Хрящевая краниопластика*. Изложив исторический обзор разных методов краниопластики, а также преимущества и недостатки того или другого из этих методов, докладчики указали, что в России до сих пор хрящ никем не применялся для закрытия дефектов черепа. Экспериментальные исследования авторов доклада показали приемущества хряща. Как материал для пластики более, пригодны реберные хрящи. Два случая хрящевой краниопластики, произведенной в местных хирургических клиниках и их ближайшие результаты тоже доказали пригодность и удобство хряща для пластики черепа.

В **прениях** *проф. Рубашев* отметил, что возлагать большие надежды на хрящ нельзя, ибо он легко подается некрозу, а *проф. Соколовский* не согласен с тем, что костная краниопластика, дискредитировала себя, но он не сомневается также в том, что хрящ имеет свои преимущества. —*Докладчики* еще раз подчеркнули пластические свойства хрящевой ткани, чрезвычайное удобство получения хрящевого трансплантата и легкость моделирования его.—В прениях вентилировался также вопрос о структуре хряща (сосудистая или бессосудистая ткань?).—*Проф. Титов* (председ.), просмотревший препараты докладчиков, полагает, что рациональнее производить хрящевую пластику без надхрящницы, так как без оной трансплатат живет лучше. В заключение он указал на ценность представленной работы, так как она предпринята под собственной инициативой и совершалась при бедной обстановке и при самых примитивных услиовях.

Д-р Моносзон *демонстрировал* больного из госпит. терапевт. клиники с адгезивным плевритом, давшим бронхоэктазию, поражение перикарда, смещение сердца и проч. Дифференц, диагностика между Tbc, тумором левого легкого, тумором mediastini, актиномикозом, циррозом легкого.

Проф. Соколовский предлагает оперировать этого больного (торакотомия или Cardiolysis).

XX заседание (25 января 1925 г.). Председатель проф. Титов открыл заседание речью, в которой он отметил великие заслуги Владими-

ра Ильича Ленина в деле освобождения пролетариата, а затем собрание почтило его память вставанием по случаю 1-ой годовщины со дня смерти этого великого гения.

1) Д-р Цыркин *демонстрировал* из акуш. гинекол-клиники проф. Выдрина случай беременности двойней при тазе, суженном под влиянием кифосколиоза и правостороннего коксита. При наступивших схватках и целом пузыре—Кесарево сечение. Извлечены две девочки доношенные, весом в 1300 и 1350 грамм. Жили 20 часов. Стерилизация труб, гладкое послеоперационное течение. Представленная больная ростом 130 см., резкое кифосколиотическое искривление позвоночника, анкилоз правого тазобедренного сустава, укорочение ноги на 12 см. Из-за невозможности отведения правого бедра coitus совершался в положении a la vache. В заключение докладчик изложил мотивы, по которым была сделана стерилизация: а) скрытый туберкулез, б) социальное положение больной, в) с точки зрения евгеники.

2) Д-р Чарно: *Случай атипической скарлатины.* Атипичное начало (Angina Vincenti, но без язв, что дает повод докладчику назвать: Angina pseudo—ulcero—membranacea); полиморфность сыпи и отсутствие таковой на лице; бурное начало и легкое дальнейшее течение болезни.

В прениях выясняется разнообразие форм в нынешнюю эпидемию скарлатины. *Проф. Эльберт* останавливается на этиологии скарлатины и на феномене угасания, как диагностическом способе, и высказывается против теории мутации бактерий и нового термина „pseudo—ulcero—membranacea".

3) **Д-р С. М. Лившиц** *демонстрировал* рентгенограммы: а) опухоль легкого, б) рубцовое смещение сердца и в) дивертикул пищевода.

Секретарь *М. Поляк.*





ЦЕНТРАЛЬНАЯ

протезная мастерская

НАРКОМЗДРАВА БЕЛОРУССИИ

Минск, Советская 54, тел. 513.

Изготовляет всевозможные искусственные ноги, руки, аппараты различных систем новейших конструкций, а также грыжевые бандажи и набрюшники.

Производится точка и никелировка всевозможных медицинских инструментов.

Отделение мастерской в Бобруйске, Социалистическая ул. № 122.

Заведывающий центральной мастерской ФРИЦ.

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БССР

ОТДЕЛ

ТОРГОВЛИ МЕДИМУЩЕСТВОМ

„БЕЛМЕДТОРГ“

МЕДИКАМЕНТЫ, ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ, ПРЕДМЕТЫ САНИТАРИИ, ГИГИЕНЫ и УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ.

Зубоврачебные материалы и инструменты.

Оптические материалы и принадлежности.


U000000 1860577